



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Paragem Cardiorrespiratória no Serviço de Ortopedia

Ana Rita Ribeiro de Azevedo

Escola Superior de Saúde



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Ana Rita Ribeiro de Azevedo

PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA NO SERVIÇO DE ORTOPEDIA

Nome do Curso de Mestrado
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Salete Soares

Abril de 2016

RESUMO

A Paragem Cardiorrespiratória (PCR) é um evento que pode ocorrer no meio intra-hospitalar, geralmente de forma inesperada. Os enfermeiros, profissionais da equipa multidisciplinar, que se encontram na primeira linha de cuidado à pessoa internada, têm o dever de detetar precocemente a PCR para poderem atuar de forma rápida e eficiente para uma possível reversão do evento crítico. A PCR é um momento que origina elevados níveis de tensão, uma vez que, a sua ocorrência no internamento é pouco frequente o que gera baixos níveis de confiança e destreza na atuação perante a mesma.

O objetivo geral do presente estudo consiste em perceber quais as experiências dos enfermeiros, do serviço de Ortopedia de um Hospital Central da Zona Norte, na intervenção face à pessoa em paragem cardiorrespiratória. Mais especificamente pretende-se: identificar os fatores dificultadores e potenciadores na intervenção da equipa de enfermagem, face à pessoa em situação de PCR e identificar que competências são necessárias mobilizar para a intervenção face à pessoa em situação de PCR.

Este é um estudo qualitativo de natureza exploratória descritiva, no qual se recorreu à entrevista semiestruturada para realizar a colheita de dados junto de nove enfermeiros que trabalham no serviço de ortopedia de um Hospital Central da Zona Norte. Os discursos obtidos foram submetidos à análise de conteúdo segundo Bardin (2009).

Os resultados obtidos mostram que as competências mobilizadas pelos enfermeiros numa situação de PCR se prendem com competências técnico-científicas, capacidade de decisão para a ação, capacidade de controlo das emoções, capacidade física, competências comunicacionais bem como a capacidade de liderança. Como fatores dificultadores da intervenção da equipa de enfermagem face à pessoa com PCR, os enfermeiros identificaram a inexperiência na prática da ressuscitação cardiopulmonar (RCP), a articulação das equipas, o défice de rácios enfermeiro-doente, a utilização do carro de emergência, a gestão do stress, o dilema ético que a RCP envolve e a estrutura física. Como aspetos potenciadores da intervenção da equipa de enfermagem face à pessoa com PCR houve destaque para a formação, a experiência em situações de PCR, a capacidade para a gestão do stress, o trabalho em equipa, a concentração, o rácio adequado enfermeiro-doente e a estrutura organizacional. Na ótica dos enfermeiros estes são os fatores que potenciam a sua intervenção nas situações de PCR. Por fim, os enfermeiros constataram que os fatores que

lhes permitiam uma atuação eficaz perante uma pessoa em PCR eram então o conhecimento, o treino, o saber agir, a disponibilidade de materiais e a comunicação.

Estes resultados sugerem que é necessário implementar uma política de formação e treino com menos tempo de intervalo para que o conhecimento não se degrade, sugerem ainda que a criação de espaços de reflexam seriam uma mais valia para a equipa de enfermagem e que um programa de estágios periódicos dos profissionais do internamento na equipa de emergência e/ou unidade de cuidados intensivos polivalentes poderia ter vantagens ao nível da experiência para atuação perante pessoas em PCR.

Palavras Chave: Enfermeiros, Ressuscitação Cardiopulmonar e Paragem Cardiorrespiratória.

ABSTRACT

The Cardiopulmonary stop (PCR) is an event that may occur in the intra-hospital environment, often unexpectedly. Nurses, professionals of the multidisciplinary team, which are the first line of care to the hospitalized person, have a duty to detect early PCR in order to act quickly and efficiently to make a possible reversal of the critical event. PCR is a time which gives high levels of tension, since its occurrence is infrequent during hospitalization which generates low levels of confidence and dexterity during such event.

The overall objective of this study is to understand what are the experiences of nurses of the Orthopedics Service of a Central Hospital of Northern Zone in intervention against the person in cardiac arrest. More specifically, the aim is to: identify the factors hindering and enhancing the intervention of the nursing team, when faced with the person in a PCR situation and identify what are the skills needed to mobilize for the intervention in the PCR situation.

This is a qualitative study of exploratory nature, in which it was used the semi-structured interview to make the data collection with nine nurses working in the orthopedic service of a Central Hospital of the Northern Zone. The records obtained were subjected to content analysis according to Bardin (2009).

The results shown demonstrate the skills mobilized by nurses in a PCR situation are related to technical and scientific skills, decision-making capacity for action, ability to control emotions, physical ability, communication skills and leadership ability. As limiting factors of the nursing team intervention against the person with PCR, nurses identified the inexperience in the practice of cardiopulmonary resuscitation (CPR), the articulation of teams, the shortage in nurse-patient ratios, the use of the emergency car, stress management, the ethical dilemma that CPR involves and physical structure. As positive aspects of the nursing team intervention against the person with PCR, there was emphasis on the training, experience in PCR situations, the ability to manage stress, teamwork, concentration, proper nurse-patient ratio and the organizational structure. In the view of nurses these are the factors that enhance their intervention in PCR situations. Finally, the nurses found that the factors that allow them to effectively interact with a person in PCR were the knowledge, training, knowing how to act, the availability of materials and communication.

These results suggest that it is necessary to implement training policies with less time interval so that knowledge does not degrade, also, it is suggested that the creation of reflection spaces would be an asset to the nursing team and a periodical internship program of hospital workers in the emergency team and / or polyvalent intensive care unit could have advantages in terms of experience to interact with people in PCR.

Keywords: Nurses, Cardiopulmonary Resuscitation and Cardiac Arrest

AGRADECIMENTOS

Neste momento, agradeço a todos que direta ou indiretamente estiveram ao meu lado, durante todo este percurso.

O meu sincero agradecimento à Professora Doutora Salete Soares, orientadora deste trabalho, por toda a disponibilidade, incentivo e apoio.

A todos os Enfermeiros que participaram neste estudo, pela disponibilidade que tiveram e também à Enfermeira Elisabete Pinheiro e à Enfermeira Isabel Silva por todo o apoio e compreensão.

Por fim agradeço à minha família e ao Fábio André por todo o incentivo, apoio e confiança que me transmitiram.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO 1
A PESSOA EM CONTEXTO ORTOTRAUMATOLÓGICO	23
CAPÍTULO 2.....
PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA E RESSUSCITAÇÃO	
CARDIOPULMUNAR.....	31
CAPÍTULO 3.....
CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERANTE A PESSOA EM PARAGEM	
CARDIORRESPIRATÓRIA	43
CAPÍTULO 4.....
PERCURSO METODOLÓGICO	51
4.1. DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS	53
4.2. TIPO DE ESTUDO	54
4.3. CONTEXTO E PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	55
4.4. INSTRUMENTO E ESTRATÉGIA DE RECOLHA DE DADOS.....	57
4.5. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS	59
4.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	62
CAPÍTULO 5.....
INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	63
5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	65
5.2. DANDO VOZ AOS ENFERMEIROS	66
5.2.1. <i>Fases de atuação face a pessoa com PCR.....</i>	<i>68</i>
5.2.2. <i>Competências mobilizadas pelos enfermeiros numa situação de PCR.....</i>	<i>72</i>
5.2.3. <i>Fatores Dificultadores na Intervenção da Equipa de Enfermagem face às Situações de PCR.....</i>	<i>77</i>
5.2.4. <i>Fatores potenciadores na intervenção da equipa de enfermagem face às situações de PCR.....</i>	<i>82</i>

5.2.5. *Aspetos que contribuem para uma atuação eficaz perante uma situação de PCR.* 87

CONCLUSÃO 91

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 97

APÊNDICE 107

APÊNDICE I 109

APÊNDICE II..... 113

APÊNDICE III 117

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Versão Portuguesa do SPAP ViEWS	36
Figura 2 - Versão Traduzida do SPAP NEWS	36
Figura 3 - Algoritmo de Reanimação Intra-Hospitalar.....	38
Figura 4 - Suporte Avançado de Vida	40
Figura 5 - Matriz de Competência Profissional do enfermeiro em emergência.....	45

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Dados comparativos dos números anuais médios no Serviço de Urgência (SU) do Hospital Geral de Santo António.....	26
Quadro 2 - Regras de análise de categorias	60
Quadro 3 - Caracterização dos participantes	65
Quadro 4 - Áreas Temáticas e Categorias emergentes da análise de conteúdo.....	67
Quadro 5 - Fases de atuação face à pessoa com PCR (síntese).....	68
Quadro 6 - Competências mobilizadas pelos enfermeiros numa situação de PCR (síntese)	72
Quadro 7 - Fatores Dificultadores na Intervenção da Equipa de Enfermagem face às Situações de PCR (síntese).....	77
Quadro 8 - Fatores potenciadores na intervenção da equipa de enfermagem face às situações de PCR (síntese)	82
Quadro 9 - Aspetos que contribuem para uma atuação eficaz perante uma situação de PCR (síntese).....	87

SIGLAS

AVD's – Atividades de Vida Diária

Bpm – Batimentos por minuto

CEE – Curso de Evidência na Emergência

Cpm- Ciclos por minuto

ECG – Eletrocardiograma

ERC – European Resuscitation Council

INE – Instituto Nacional de Emergência

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

News - National Early Warning Score

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

RCP – Ressuscitação Cardiopulmonar

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SPAP – Sistema de Pontuação de Alerta Precoce

SU – Serviço de Urgência

Views - VitalPac™ Early Warning Score

INTRODUÇÃO

A paragem cardiorrespiratória (PCR) tal como o próprio nome indica remete-nos para uma cessação da função respiratória e/ou cardíaca. Esta pode ter origem em diversas causas distintas: obstrução da via aérea; falência respiratória e/ou patologia cardíaca (INEM 2012).

A paragem cardiorrespiratória é considerada um evento inesperado nos serviços de internamento e constitui um desafio na atuação dos profissionais de saúde envolvidos. Segundo Souza e Oliveira (2010), nas unidades de internamento de adultos, a PCR não é um acontecimento frequente, e este facto gera insegurança e níveis de domínio e destreza pouco satisfatórios nestas situações, deste modo os mesmos autores sugerem que para haver sucesso na ressuscitação cardiopulmonar as equipas de enfermagem devem ter formação e treino adequado, sendo que os recursos materiais e tecnológicos que estão à disposição dos profissionais assumem-se como fatores determinantes para o bom desempenho numa situação de emergência.

A PCR é um momento que gera níveis elevados de tensão, independentemente da experiência que os enfermeiros possuem, uma vez que cada situação é diferente da outra. Estes níveis de tensão prejudicam o desempenho dos profissionais e dificultam a aprendizagem durante a execução dos protocolos/procedimentos. A par disto também a velocidade de evolução dos conhecimentos científicos exige dos enfermeiros atualizações permanentes nesta área do saber (Sasso & Souza 2006).

O Hospital Central da Zona Norte, onde foi realizado o estudo, dispõe de um Sistema Integrado de Emergência Médica, para atuação em caso de deterioração clínica aguda de qualquer pessoa, no seu espaço interior. Esta equipa pode ser ativada telefonicamente a partir de qualquer local do hospital citado.

Perante uma pessoa em PCR os profissionais do serviço de internamento devem ativar a equipa de emergência médica e iniciar a ressuscitação cardiopulmonar através do início de manobras de suporte básico de vida (SBV). Com a chegada a equipa de emergência (um enfermeiro e um médico) os profissionais devem manter o SBV e colaborar no suporte avançado de vida (SAV), se a equipa assim o decidir. Este Hospital Central dispõe de uma formação anual de Suporte Básico de Vida para todos os profissionais da instituição.

Com o envelhecimento populacional e o aumento da esperança média de vida assistimos a uma mudança na população internada nos serviços de ortotraumatologia, bem como a

uma solicitação cada vez maior de execução de procedimentos cirúrgicos em doentes de risco, com patologias associadas, que exigem uma vigilância e cuidado acrescido.

Os enfermeiros são muitas vezes os profissionais de saúde mais próximos dos pacientes num serviço de internamento e as suas capacidades para reconhecer e atuar perante um doente em PCR é crucial para obter resultados satisfatórios. Segundo Nori [et. al.] (2012), a competência dos enfermeiros na ressuscitação cardiopulmonar (RCP) é um fator crítico na recuperação de uma pessoa em PCR. Esta competência é definida pelo mesmo autor como sendo um conjunto de conhecimentos cognitivos aliados a um desempenho de habilidades fisicomotoras que os torna capazes de agir perante uma pessoa em PCR.

A aquisição de maior conhecimento na área do doente crítico, bem como, o contacto com realidades distintas vivenciadas na Unidade de Cuidados Intensivos e no Serviço de Urgência proporcionadas pelo mestrado, aumentou a motivação para estudar um tema que já provocava inquietação anteriormente. Assim este trabalho surge com base na motivação pessoal, aliada a situações vivenciadas e refletidas no seio da equipa de enfermagem do local onde exerço funções. Este estudo de índole qualitativa, exploratória descritiva, tem por base a seguinte pergunta de investigação: Quais as experiências dos enfermeiros numa situação de Paragem Cardiorrespiratória, no serviço de Ortopedia de um Hospital Central da Zona Norte do país?

Este estudo apresenta como objetivo geral: Perceber quais as experiências dos enfermeiros, do serviço de Ortopedia de um Hospital Central da Zona Norte, na intervenção face à pessoa em paragem cardiorrespiratória.

Como objetivos específicos foram delineados os seguintes:

- Identificar os fatores dificultadores e potenciadores na intervenção da equipa de enfermagem, face à pessoa em situação de PCR;
- Identificar que competências são necessárias mobilizar para a intervenção à pessoa em situação de PCR;

Este estudo tem como finalidade contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa em PCR em serviços de ortopedia. A paragem cardiorrespiratória e a ressuscitação cardiopulmonar assumem elevada relevância no dia-a-dia dos profissionais de enfermagem de um serviço de internamento. Pelo que o estudo sobre as experiências dos profissionais de enfermagem neste âmbito se tem mostrado pertinente, assim, com este estudo pretendeu-se conhecer as experiências dos enfermeiros que trabalham no serviço

de ortopedia de um Hospital Central para que as práticas clínicas no atendimento ao doente em PCR possam refletir uma elevada qualidade de cuidados, neste âmbito.

Atendendo a que o enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica, mais concretamente na pessoa em situação crítica se assume como uma mais valia na implementação de cuidados especializados de qualidade no serviço nacional de saúde (Ordem dos Enfermeiros 2011a), importa reconhecer o seu papel, num contexto onde também acabam por estar internadas pessoas que necessitam desses cuidados.

Concluindo, o European Resuscitation Council (2010) afirma que a sobrevivência após PCR é variável dependendo do ritmo inicial de paragem e do início precoce da RCP, e que esta está, muitas vezes, dependente do enfermeiro, e tendo em conta que o serviço de ortopedia recebe doentes submetidos a cirurgias que apresentam riscos elevados de complicações, consideramos pertinente conhecer a experiência dos enfermeiros do Serviço de Ortopedia deste Hospital Central, perante a pessoa em PCR. Se é certo que estas situações não são a norma do serviço, mas sim a exceção, não deixa de ser um assunto demasiado importante para se estudar apenas quando se tornar frequente.

Esta dissertação foi estruturada em seis capítulos. Os três primeiros capítulos correspondem ao enquadramento teórico onde será abordado o tema da pessoa em contexto ortotraumatológico, a paragem cardiorrespiratória e a ressuscitação cardiopulmonar e por fim os cuidados de enfermagem prestados à pessoa com PCR.

No quarto capítulo, que corresponde ao percurso metodológico, será abordada a problemática e os objetivos, bem como a natureza do estudo, o seu contexto e participantes, a estratégia de recolha de dados e sua análise e por fim as considerações éticas.

No capítulo cinco é feita a caracterização dos participantes do estudo e é feita a apresentação e discussão dos dados obtidos, segundo a análise de conteúdo proposta por Bardin (2009).

Por fim, o sexto capítulo são apresentadas as conclusões do estudo, bem como as suas limitações, refletindo criticamente sobre o seu contributo para a prestação de cuidados de enfermagem, para a investigação e formação

.

CAPÍTULO 1

A PESSOA EM CONTEXTO ORTOTRAUMATOLÓGICO

A Pessoa com patologia ortotraumatológica necessita de recorrer com frequência aos serviços de saúde e depara-se frequentemente com situações que requerem internamento hospitalar, em serviços de ortopedia, no sentido de encontrarem a melhor resolução para o seu problema.

A hospitalização é um recurso frequente, mas importa realçar que se pode constituir como uma ameaça, mas também como um desafio, onde todo o projeto de vida da pessoa se reflete face às experiências vivenciadas, sendo que é importante para o enfermeiro ter presente que a centralidade da nossa intervenção é a pessoa e que esta face à sua nova situação se depara frequentemente com alterações da mobilidade, associados quer à doença quer ao processo cirúrgico que aumentam a sua dificuldade em realizar de forma autónoma as atividades de vida diária (AVD's).

Os enfermeiros cuidam a pessoa com necessidades, de acordo com as diferentes fases da vida, as suas capacidades/incapacidades, níveis de independência/dependência, estando sempre atento ao seu contexto socioeconómico e sociocultural. Esta interação com a pessoa assume a preocupação do enfermeiro nas diferentes dimensões do cuidar, pelo que este tem que ser detentor de competências que permitam um cuidar de excelência.

A Ortopedia/Traumatologia trata as deformidades, doenças e lesões traumáticas do sistema músculo-esquelético locomotor. Ao longo dos tempos as doenças ortopédicas predominantes têm vindo a mudar. Na década de 60 a osteomielite, a tuberculose óssea e a poliomielite, muitas destas decorrente de condições sanitárias precárias, predominavam, na década de 70 com a melhoria económica e a aquisição de veículos motorizados pelo grupo laboral, dá-se um crescimento exponencial da traumatologia, e das cirurgias de osteossíntese, o que resultou num crescente número de infeções cirúrgicas, uma vez que os cirurgiões não se encontravam preparados para tais cirurgias. Atualmente o envelhecimento populacional lança novos desafios à ortopedia, uma vez que esta se centra agora no tratamento e recuperação de fraturas, num grupo etário biologicamente mais fragilizados, procurando ainda uma resposta eficiente para os problemas degenerativos vertebrais e degenerescências articulares como as da anca e do joelho (Serra, [et. al.] 2012).

No panorama nacional, no ano de 2012 foram realizadas 152 282 cirurgias ortopédicas, sendo que 63 879 foram realizadas na zona norte do país. (Instituto Nacional de Estatística 2014).

Quando analisamos dados de um Hospital da Zona Norte (Hospital de Santo António-Porto), no que se refere ao número de pessoas que recorreram ao SU com patologia ortotraumatológica e de acordo com Quadro 1, podemos constatar que a liderar as fraturas se encontram aquelas que são fruto normalmente de processos osteoporóticos como as proximais do fémur, do colo do úmero e das vertebrae.

Quadro 1- Dados comparativos dos números anuais médios no Serviço de Urgência (SU) do Hospital Geral de Santo António

Fraturas	2008-2009	1975-1980
Proximal do fémur	462	193
Distal do Rádio	440	558
Coluna	253	73
Dedos	235	-----
Colo do Úmero	211	153
Todos os Metacárpicoe	206	137
Maléoloe	204	132
Luxação do ombro	122	-----
Base do 5ºmetatarsico	77	139
Tacícula radial	76	-----
Bacia	66	101
Diáfise da tíbia	61	414
Clavícula	56	200

Fonte: (Serra [et. al.], 2012):

As fraturas proximais do fémur, sendo elas a fratura do colo, a fratura trocantérica e a fratura subtrocantérica têm como média de idades, respetivamente, 78,2anos, 81,1anos, 81,5 anos, acometem geralmente mulheres e são provocadas por traumas de baixa energia. O seu tratamento pode ser conservador, osteossíntese da fratura ou colocação de prótese, consoante o caso (Serra [et. al.], 2012).

A artrose da anca, seguida pela artrose do joelho são também patologias que surgiram associadas ao aumento da esperança média de vida e à qual a ortopedia se dedicou. A artrose define-se como um gasto na cartilagem articular com tentativa de reconstituição, que foi mal sucedida. Nos países ocidentais a artrose é mais prevalente no homem até aos 45 anos, no entanto após esta idade é a mulher quem sofre mais com esta patologia. A obesidade contribui para que quando a artrose está estabelecida se torne mais sintomática. Quando o tratamento médico falha, muitas vezes passa-se ao tratamento cirúrgico, e não raras vezes se parte para a artroplastia de substituição. Esta remove as superfícies

articulares que são substituídas por uma prótese obtendo-se uma articulação estável e indolor. Há dois tipos de artroplastia (Serra, [et. al.] 2012):

- Hemiartroplastia: apenas uma das superfícies articulares é substituída;
- Artroplastia total: ambas as superfícies articulares são substituídas.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia (2011) os números de artroplastias realizadas em Portugal tem vindo a aumentar, no Sistema Nacional de Saúde em 2010 foram realizadas 16 064 e em 2011 o número subiu para 17 142. A substituição total do joelho é a artroplastia mais realizada, com 7 513 registos em 2011, logo seguida da substituição total da anca com 6 271 registos no mesmo ano.

Pradella [et. al.] (2013), corrobora estes dados, afirmando que o número de artroplastias totais está a aumentar exponencialmente todos os anos. Prevê-se que de 2005 a 2030 o número de artroplastias totais do joelho nos Estados Unidos da América cresça 673%.

Outra das doenças associada ao aumento da esperança média de vida é a osteoporose que “ é a doença articular mais prevalente em adultos idosos e ocorre por causa do processo degenerativo da cartilagem articular” (Pradella [et. al.] 2013, p. 433). O avanço da esperança média de vida e o avanço nas técnicas cirúrgicas, sugerem que para aumentar a qualidade de vida da pessoa com osteoporose, se submeta a artroplastias do joelho e da anca (embora também existam outras, estas são as mais frequentes).

A artroplastia do joelho é uma cirurgia que permite o tratamento da osteoporose avançada, e que proporciona cada vez melhores resultados no alívio da dor e restabelecimento da função. No entanto está sujeita a complicações como lesões neurovasculares, fenómenos sistémicos e tromboembólicos, fraturas periprotésicas, descagem da prótese, infeção, entre outros. (Pradella [et. al.] 2013).

O serviço de ortopedia comporta então, por norma, dois tipos de cirurgias: as programadas e as de urgência, sendo que estas últimas apresentam riscos aumentados de complicações (Leme [et. al.], 2011). Segundo os mesmos autores, a cirurgia ortopédica tem-se tornado cada vez mais frequente e mais complexa. O crescente desenvolvimento técnico de próteses, equipamento e tecnologia anestésica aliado às mudanças etárias da população tem transformado em rotina o que era exceção até há poucos anos, nomeadamente as cirurgias ortopédicas de grande porte em pacientes idosos. O serviço de ortopedia comporta ainda o internamento de doentes com traumas ortopédicos, que ficam

internados para vigilância / tratamento conservador e para controlo dos sintomas, bem como para a realização de ensinamentos de adaptação à sua nova condição de saúde.

Segundo Katz [et. al.] (2008) na população idosa o mecanismo de trauma mais frequente é o atropelamento e em doentes idosos que sofreram traumas de alta energia o tempo de internamento geralmente estende-se por mais de dez dias. No seu estudo, concluíram ainda que 90% cursam algum tipo de complicação após o traumatismo, entre elas, infeção do trato urinário, paragem cardiorrespiratória, trombose venosa profunda, alterações gastrointestinais, *delirium*, confusão mental, sepsis, edema agudo do pulmão, insuficiência renal aguda e broncopneumonia.

Segundo Karaman [et. al.] (2015) citando Coopere [et. al.] e Beaupre [et. al.] as fraturas da anca são a segunda causa de hospitalização na população idosa. E estas aumentam a mortalidade especialmente no primeiro ano após esta ocorrer. Segundo os mesmos autores vários estudos sugerem que o atraso na cirurgia contribui para uma maior mortalidade.

As cirurgias ortopédicas são cirurgias com diversos riscos associados, entre eles podemos destacar problemas circulatórios no peri-operatório, trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar, alterações renais e urológicas, alterações pulmonares, *delirium* no peri-operatório, alterações nutricionais, infeções, entre outras (Leme [et. al.] 2011). Estas vão de encontro às complicações acima descritas como complicações após o traumatismo.

A avaliação pré-operatória assume uma relevância elevada uma vez que permite conhecer os fatores de risco associados a cada doente e controla-los para que o intra e o pós-operatório decorram sem intercorrências (Leme [et. al.] 2011). No Hospital onde foi realizado o estudo é utilizado pelos anestesistas a Escala de Avaliação Global – ASA da *American Society of Anesthesiology* desenvolvida na década de 60 e que permite predizer o risco global de mortalidade de um paciente de acordo com a idade e *status* funcional, independentemente do procedimento cirúrgico realizado.

Dada a complexidade das cirurgias ortopédicas, aliada ao aumento da esperança média de vida e ao conseqüente aumento da população envelhecida o acompanhamento clínico multiprofissional torna-se essencial e “a atenção coordenada e integrada da equipa clínica (...) pode ser altamente benéfica para este grupo de pacientes” (Leme [et. al.] 2011, p. 246)

Realçamos que nesta equipa clínica consideramos que o papel do enfermeiro e do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica é fundamental em todo o processo, pois permite potenciar o atendimento de qualidade à pessoa com patologia ortotraumatológica e à sua família.

O enfermeiro especialista em médico-cirúrgica pelas competências acrescidas que detém face à pessoa em situação crítica revela-se fundamental no cuidar destas pessoas e na intervenção eficiente face a prováveis complicações, nomeadamente a paragem cardiorrespiratória.

CAPÍTULO 2
PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA E
RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMUNAR

Estudos publicados recentemente afirmam que 1.000.000 pessoas morrem de paragem cardíaca, todos os anos nos Estados Unidos da América e Europa, quase um a cada trinta segundos. A RCP é realizada a alguns destes casos pelo serviço de emergência médica, mas, apenas um em cada cinco adultos sobrevive no hospital a uma paragem cardiorrespiratória (Demestha [et. al], in Passali [et. al.], 2011).

Segundo o European Resuscitation Council (2010) baseado em números recentes do American Heart Association a PCR intra-hospitalar anda entre as 1-5 por cada 1000 internamentos, e a sobrevida a uma PCR intra-hospitalar é de 17,6% (em todos os ritmos). Em 25% dos casos o ritmo de paragem é a fibrilação ventricular ou a taquicardia ventricular sem pulso e destes 37% sobrevive à data da alta hospitalar, quando o ritmo inicial é a atividade elétrica sem pulso ou a assistolia apenas 11,5% sobrevive à data da alta.

Considera-se que a pessoa está em PCR quando não responde a estímulos verbais e táteis, não respira e não tem sinais de circulação. Existem, ainda, situações em que a pessoa não responde e não respira, mas tem sinais de circulação, no entanto se não for feita uma intervenção atempada irá culminar em PCR. Há ainda um conjunto de situações que podem precipitar a ocorrência de uma PCR e que importa conhecer para adequada intervenção (Bastos [et. al.] 2011):

- Hipóxia;
- Hipovolémia;
- Hipocaliemia, hipercaliemia, hipocalcémia, acidémia e outras alterações metabólicas;
- Hipotermia;
- Pneumotórax hipertensivo;
- Tamponamento;
- Tóxicos;
- Tromboembolismo.

Segundo Souza e Oliveira (2010) existem diversas causas que podem levar a uma PCR e qualquer indivíduo independentemente da classe socioeconómica pode sofrer uma situação de emergência. Entre as causas mais frequentes estão os traumas, choques e problemas respiratórios.

Segundo os mesmos autores, o diagnóstico de PCR através da monitorização eletrocardiográfica pode ser apresentada em quatro ritmos cardíacos diferentes:

- Assistolia: ausência de qualquer atividade dos ventrículos e elétrica em pelo menos duas derivações;
- Fibrilhação Ventricular: ausência de atividades coordenadas do ritmo cardíaco;
- Taquicardia Ventricular: sequência rápida de contrações ventriculares que leva à ausência de pulsos arteriais palpáveis;
- Atividade elétrica sem pulso: ausência de atividade elétrica e pulsos palpáveis.

Segundo Hauck [et. al.] (2012) citado por Chua [et. al.] (2013) a prevenção de eventos adversos e consequente PCR tem sido o maior foco de atenção para aumentar a segurança das pessoas e a qualidade dos cuidados prestados. Recuperar uma pessoa de um evento adverso, evitando uma PCR, é um importante papel dos enfermeiros, uma vez que estes se encontram na melhor posição para reconhecer os sinais de perigo e reporta-los ao médico assistente (Chua [et. al.], 2013).

Vários estudos afirmam que a maioria das paragens cardiorrespiratórias no hospital, são precedidas de um período de pré-paragem que dura geralmente 8h. Durante este tempo as pessoas vão apresentando sinais/sintomas de detioração do seu estado clínico. Chua, [et. al.] (2013) sugerem que na maioria dos casos este período de tempo pode ser suficiente para prevenir uma potencial PCR. Esta prevenção, efetivamente, depende do trabalho dos enfermeiros e da sua capacidade de reconhecer estas situações para as prevenirem.

Num estudo realizado pelos autores supracitados, ficou evidente que profissionais mais experientes acabam por reconhecer esta detioração do estado da pessoa, baseado num instinto profissional. Funciona como se a experiência passada lhes dissesse que algo estava errado com a pessoa, mesmo quando ainda não havia sinais concretos.

Chua [et. al.] (2013) citando autores como Gazarian [et. al.] (2010), Minick e Harvey (2003) constataam que o conhecimento do doente em questão aliado a experiências anteriores de detioração do estado clínico de pessoas são fatores cruciais no reconhecimento destas situações.

O European Resuscitation Council (2010) apresenta algumas recomendações para a prevenção da PCR intra-hospitalar:

- Profissionais treinados no reconhecimento dos sinais de deterioração da pessoa e na resposta rápida ao doente em risco;
- Monitorização regular e apropriada dos sinais vitais;
- Orientações claras (ex: linha de chamada de emergência ou índices de alerta precoce) para ajudar os profissionais a detetar precocemente a pessoa que se deteriora;
- Um modelo claro e uniforme de pedido de ajuda e capacidade para responder de imediato e com eficácia aos pedidos de ajuda.

A mesma entidade alerta, também, para as estratégias que devem ser utilizadas para prevenir a PCR evitável intra-hospitalar:

- Tratar de doentes em risco de vida ou de deterioração em unidades que ofereçam cuidados proporcionais à gravidade da doença;
- Definir para cada doente um plano de monitorização de sinais vitais – pulso, pressão arterial, frequência respiratória, nível de consciência, temperatura corporal e oximetria de pulso – e respetiva periodicidade;
- Utilizar sistemas de reconhecimento/alerta para identificar doentes em risco de deterioração;
- Utilizar tabelas que permitam o registo e observação fácil dos sinais vitais;
- Definir de forma clara a resposta clínica à deterioração fisiológica baseada no sistema de reconhecimento / alerta utilizado;
- Ter um sistema de resposta à emergência claramente descrito em cada hospital, que deve estar disponível 24h/dia;
- Treinar todo o pessoal clínico para o reconhecimento, monitorização e abordagem ao doente crítico;
- Incentivar o pedido de ajuda, sempre que um profissional reconheça um doente em risco de deterioração ou de PCR;
- Identificar os doentes em quem a morte é esperada e por isso não há indicação de reanimação – deve haver uma política DNR clara em cada hospital;
- Auditar adequadamente todas as PCR, mortes inesperadas e internamentos em UCI não antecipados pelos dados do processo clínico.

Atualmente, podemos aceder a sistemas desenvolvidos que nos permitem através de parâmetros fisiológicos simples e avaliações rotineiras efetuar uma gestão do risco de degradação do estado clínico dos doentes, adequando o nível de vigilância e cuidados que estes precisam em prol da segurança do doente (Luís, 2014).

Os sistemas de pontuação e alerta precoce (SPAP) “VitalPac™ Early Warning Score - Views” (Fig. 1) e “National Early Warning Score - News” (Fig. 2) traduzidos e validados para a população portuguesa são sistemas que permitem através da análise do seu score, criar escalas para determinar os cuidados que os doentes exigem, manutenção de recursos humanos adequados à situação, ativação de equipas de emergência diferenciadas entre outros, permitindo a prevenção de internamentos não programados em unidades de cuidados intensivos e a prevenção da PCR/morte, atuando atempadamente na degradação do estado clínico do doente (Luís, 2014).

Figura 1- Versão Portuguesa do SPAP VIEWS

	3	2	1	0	1	2	3
Frequência Cardíaca (bpm)		≤40	41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
Frequência Respiratória (rpm)	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
Temperatura (°C)	≤35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	
Pressão Arterial Sistólica (mmHg)	≤90	91-100	101-110	111-249	≥250		
Saturações de Oxigénio (%)	≤91	92-93	94-95	≥96			
Oxigénio inspirado				Ar			Aporte O2 suplementar
Sistema Nervoso Central (usar a escala AVDS)				Alerta (A)			Estimulo Verbal (V) Dor (D) Sem resposta (S)

Fonte: (Luís 2014)

Figura 2 - Versão Traduzida do SPAP NEWS

Parâmetros Fisiológicos	3	2	1	0	1	2	3
Frequência respiratória	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
Saturações de oxigénio	≤91	92-93	94-95	≥96			
Oxigénio suplementar		Sim		Não			
Temperatura	≤35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	
Pressão arterial sistólica	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
Frequência Cardíaca	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
Estado de Consciência				Alerta (A)			Estimulo Verbal (V) Dor (D) Sem resposta (S)

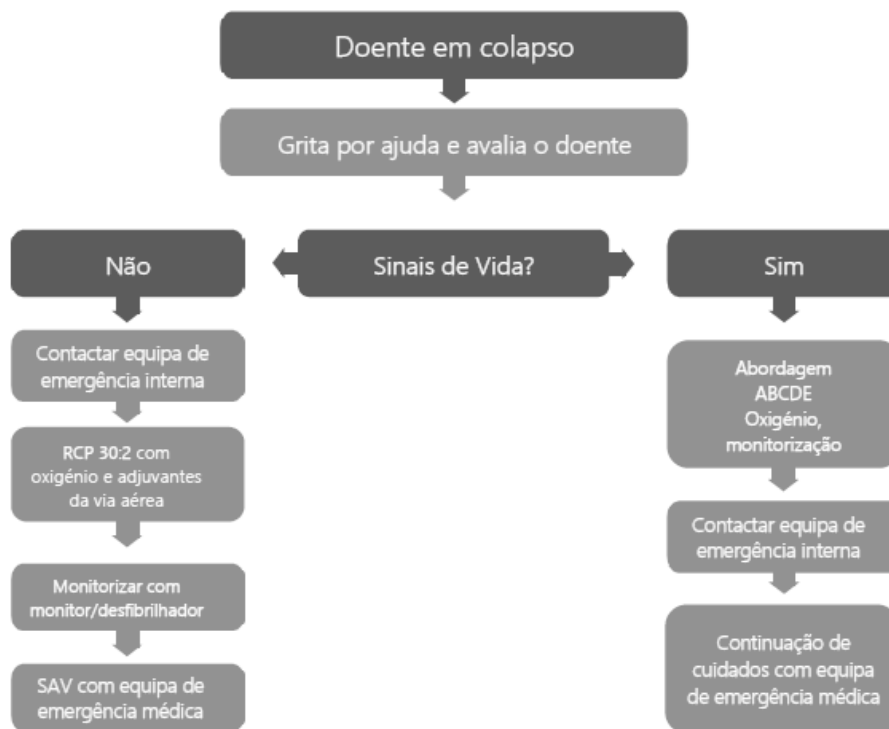
O sucesso do atendimento perante uma pessoa em PCR depende de fatores relacionados com a pessoa (idade, comorbilidades, ritmo inicial de PCR e local do evento), da estrutura hospitalar (presença de equipa de emergência, materiais e cuidados pós-PCR) e dos profissionais envolvidos no atendimento (diagnóstico, desfibrilhação precoce, reanimação realizada segundo diretrizes vigentes), (Sandroni [et. al.] in Lima [et. al.], 2010).

A prevenção da paragem cardíaca é a chave para um atendimento de qualidade e os fatores que contribuem para maus resultados são a falta de monitorização hemodinâmica de forma a reconhecer precocemente fatores de instabilidade e a variável qualidade da RCP devido à fadiga dos profissionais e ao facto de muitas PCR ocorrerem em períodos onde existe um menor número de profissionais a exercer funções, tais como noites e fim de semana. Estes fatores podem ser identificados e corrigidos, pois a educação dos enfermeiros, o treino de simulação e a existência de uma equipa de emergência no hospital aumenta a qualidade do atendimento perante o doente em PCR (Heng [et. al.], 2011).

A ressuscitação cardiopulmonar (RCP) consiste na realização de intervenções para restabelecer o ritmo cardíaco de uma pessoa em PCR (Fowler in Terzi, 2012) citando. Segundo o mesmo autor, atualmente a RCP não se esgota com o restabelecimento da circulação espontânea, mas incorpora um grande esforço para manter a função de todos os órgãos vitais.

Na reanimação intra-hospitalar (Figura 3) a divisão entre SBV e SAV é arbitrária uma vez que todo o processo é um contínuo de intervenções coordenadas. No intra-hospitalar pressupõe-se que a PCR é reconhecida de imediato, que o pedido de ajuda é feito seguindo o algoritmo da instituição e as manobras de SBV são iniciadas o mais precocemente possível, com os adjuvantes da via aérea que estejam indicados e com acesso à desfibrilhação em menos de 3 minutos. Para que tudo isto ocorra, é pertinente que todas as áreas clínicas tenham acesso ao equipamento e fármacos para reanimação. (European Resuscitation Council, 2010)

Figura 3 - Algoritmo de Reanimação Intra-Hospitalar



Fonte:(European Resuscitation Council 2015))

O European Resuscitation Council- ERC (2010) determina as seguintes diretrizes para atuação numa reanimação intra-hospitalar:

- Um profissional deve iniciar a reanimação enquanto os outros ativam a equipa de emergência interna e trazem o equipamento para junto da pessoa;
- Devem fazer-se 30 compressões seguidas de duas ventilações
- Devem assegurar que as compressões são de elevada qualidade minimizando as interrupções;
- Uma vez que, manter as compressões com elevada qualidade por muito tempo é cansativo, os reanimadores devem trocar de função cada dois minutos com o mínimo de interrupções nas compressões;
- Deve ser mantida a permeabilidade da via aérea e deve ser utilizado para ventilar, o equipamento disponível mais apropriado.

Na RCP o SBV assume um papel privilegiado e deve ser executado com a máxima qualidade e eficiência possível, apresentando dois elementos fundamentais: as compressões torácicas que mantêm o fluxo de sangue para o coração, cérebro e outros órgãos vitais e as ventilações, que mantêm alguma oxigenação (INEM, 2012). Segundo

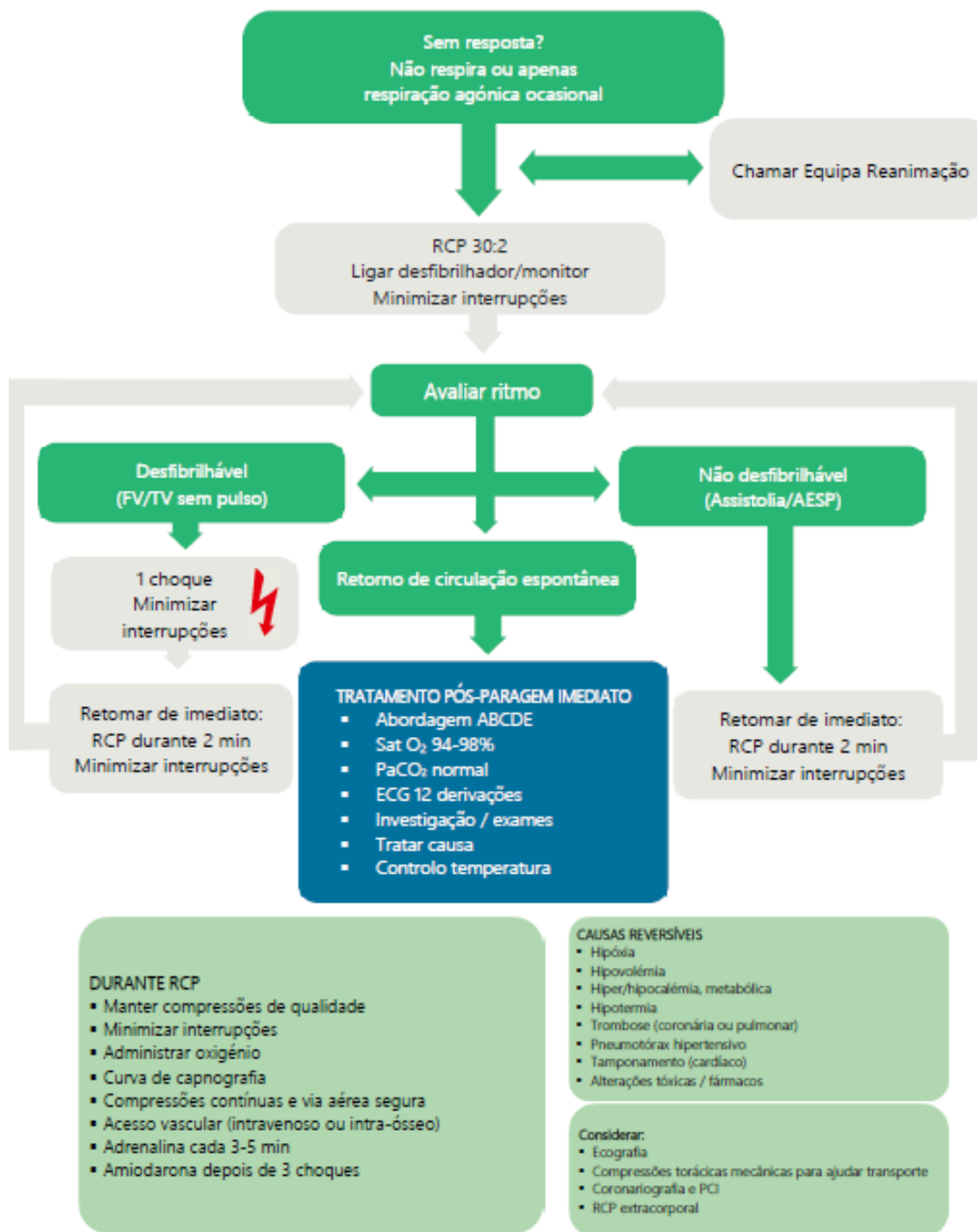
o European Resuscitation Council (2010) cada vez se deve atribuir uma maior importância às compressões torácicas, evitando ou reduzindo as pausas

O SAV é um conjunto de intervenções adicionais que se justificam em PCR em circunstâncias especiais e segundo o European Resuscitation Council (2010) as intervenções que contribuem seguramente para salvar a vida das vítimas em PCR são o SBV, a desfibrilhação precoce (nos ritmos de paragem de fibrilação ventricular e taquicardia ventricular) e a administração de adrenalina, pois aumenta a probabilidade de retorno espontâneo da circulação, não havendo nenhuma outra prova de que qualquer outro medicamento ou intervenção avançada melhore a sobrevivência das vítimas de PCR. Desta forma, apesar de outros medicamentos e intervenções estarem incluídos no algoritmo do SAV têm importância secundária à desfibrilhação precoce e às compressões torácicas ininterruptas e de elevada qualidade.

O algoritmo de SAV, (Figura 4), distingue ritmos desfibrilháveis de ritmos não desfibrilháveis. Os ciclos de SAV seguem um algoritmo que compreende um período de 2 minutos de SBV antes de avaliar o ritmo da paragem (e o pulso se indicado) e realização das restantes intervenções. Quando indicada, a adrenalina é administrada na dose de 1mg a intervalos de 3-5min, até se conseguir o retorno espontâneo da circulação. O SAV pode compreender então outras medidas invasivas como acessos venosos/intraósseos (preferenciais à via traqueal), intubação endotraqueal (desde que seja feita por um profissional qualificado e com o mínimo de interrupções nas compressões torácicas), fármacos como atropina, sulfato magnésio, amiodarona, bicarbonato entre outros (European Resuscitation Council, 2010).

No Resumo das Principais Alterações nas Guidelines em Ressuscitação (2015) o European Resuscitation Council mantém o ênfase na importância do uso de sistemas de emergência para identificação precoce do doente crítico com vista à prevenção da PCR, dá também um novo destaque à importância da onda de capnografia para a confirmação e monitorização contínua do posicionamento do tubo traqueal, da qualidade da reanimação e ainda servir como indicador precoce do retorno da circulação espontânea.

Figura 4 - Suporte Avançado de Vida



Fonte: (European Resuscitation Council 2015)

Contrapondo o que está provado sobre a eficácia do SBV e do SAV, segundo Dane e Moretti citados por Almeida [et. al.] (2011) afirmam que as pessoas que foram atendidas por enfermeiros com formação em SAV, tinham uma taxa de sobrevivência quatro vezes maior em relação aos atendidos por enfermeiros que não tinham esta formação, acrescentando ainda que a possibilidade de sucesso de reversão de uma PCR aumenta em duas vezes se houver um profissional treinado na realização de SAV na equipa.

Não menos importante, são as medidas pós-reanimação. Devem ser iniciadas pela mnemónica ABCDE:

- A. Via aérea (permeabilizar)
- B. Ventilação e oxigenação
- C. Circulação (assegurar a circulação/controlo da hemorragia)
- D. Estado neurológico (disfunção e sinais focais)
- E. Exposição (expor toda a área corporal)

Segundo o European Resuscitation Council (2010) deve, ainda, realizar-se ECG de 12 derivações, tratar a causa precipitante e controlar a temperatura corporal que na atualização das Guidelines de 2015 (European Resuscitation Council, 2015) deixa de ter como objetivo a hipotermia mantendo agora a temperatura alvo nos 36°C, sendo que o controlo da febre se mantém de elevada relevância.

Com o passar dos anos as *guidelines* da RCP foram sofrendo alterações e também os papéis dos diferentes membros da equipa multidisciplinar se foram adaptando. Fatores como o aumento da formação dos enfermeiros, a crescente exigência nas áreas de especialização e um papel cada vez mais autónomo da equipa de enfermagem acabaram por mudar as suas responsabilidades durante a RCP (Terzi, 2012).

Dar uma resposta oportuna e apropriada perante uma paragem cardiorrespiratória de uma pessoa é muito importante para os enfermeiros, uma vez que são normalmente a primeira linha de atuação nas emergências clínicas.

Segundo Nori [et. al.] (2012) a retenção de habilidades para realizar RCP define-se como a capacidade de retenção de conhecimento para a sua realização eficaz, num determinado ponto no tempo após o treino destas habilidades. A retenção deste conhecimento é o fator chave na determinação da competência para realizar RCP.

Vários autores sugerem que as habilidades (cognitivas e motoras) para a RCP decrescem com o tempo. Num estudo realizado por Nori [et. al.] (2012), estes afirmam que embora todos os enfermeiros tivessem recebido treino de RCP durante a licenciatura, os seus conhecimentos sobre este assunto eram pobres. Concluiu ainda que as habilidades para realizar RCP aumentam imediatamente após o treino destas competências. Também Almeida [et. al.] (2011), citando várias fontes no seu estudo corrobora estes factos dizendo que quanto menos frequente for o contacto com a RCP, menor é a retenção de

conhecimentos e habilidades e ainda que após o treino 90% dos profissionais atingem o nível satisfatório de conhecimentos.

Segundo Bellan [et. al.] (2010) de acordo com o estudo que realizaram sugerem que a formação e treino deve ser aplicada trimestral ou semestralmente uma vez que há um declínio do conhecimento com o passar do tempo.

Bertoglio [et. al.] (2008) concluíram no seu estudo que a correta identificação do ritmo de PCR, o conhecimento do SBV e RCP são variáveis que, por um lado se encontram relacionadas com o tempo de treino, mas também com o local de trabalho, o qual confere maior ou menor exposição dos profissionais às situações de emergência. Deste modo, enfermeiros que trabalham diretamente com monitores cardíacos e desfibrilhadores têm uma maior destreza dos equipamentos, em detrimento de outros que trabalham em unidades onde o contacto com os equipamentos não é regular.

O treino da RCP torna-se imperativo uma vez que aumenta a segurança das pessoas, através do aumento de conhecimentos e aptidões dos enfermeiros, promovendo um bom sentido de autoeficiência e autoeficácia na sua própria atuação (Roh [et. al.], 2013).

O European Resuscitation Council (2015) recomenda o uso de manequins de alta fiabilidade e destaca que o treino de competências não técnicas – comunicação, liderança e responsabilidade são um complemento essencial, que não deve ser ultrapassado, defendendo que este tipo de treino deve ser incorporado em cursos de suporte de vida.

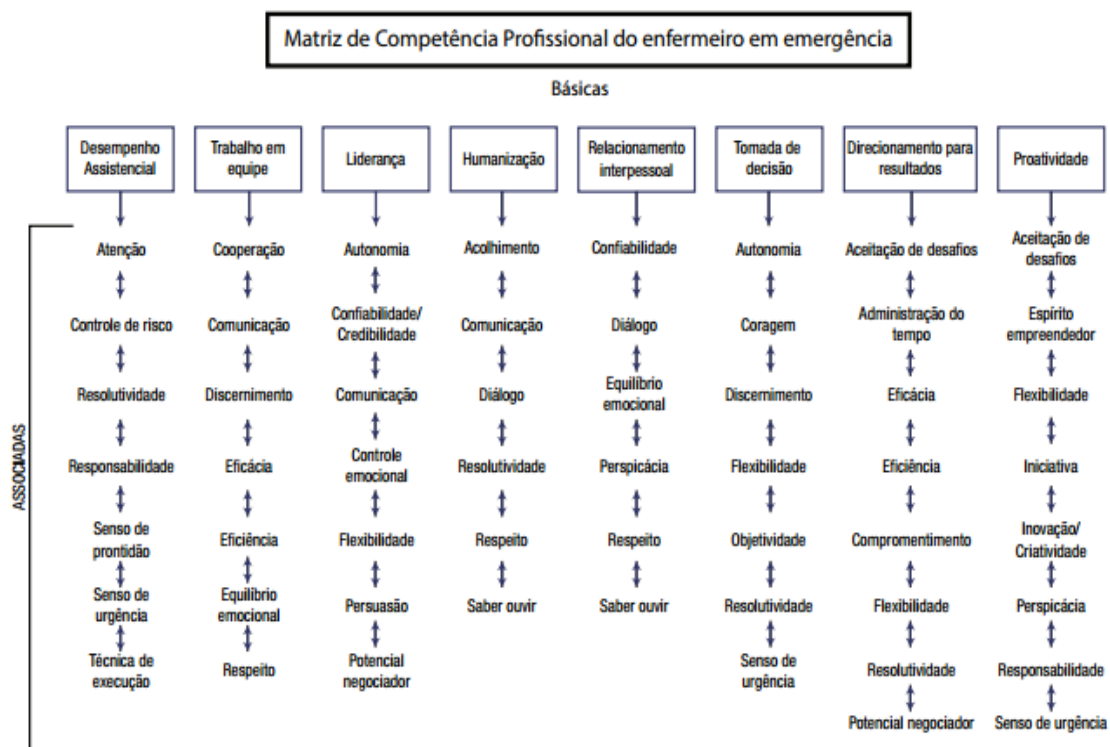
Concluindo, o treino de habilidades e conhecimentos para a realização de RCP aumenta as competências para assegurar uma RCP efetiva perante uma emergência. (Nori [et. al.], 2012) e a simulação de situações reais de RCP aumentam a perceção dos enfermeiros da autoeficácia e da sua satisfação (Roh [et. al.], 2011).

CAPÍTULO 3
CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERANTE A PESSOA
EM PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA

A enfermagem como disciplina tem vindo a crescer uma vez que é uma profissão comprometida com o cuidado do ser humano, cujas ações são desenvolvidas com base no conhecimento, humanismo e seriedade. O papel do profissional de enfermagem assume grande relevância uma vez que lhe cabe o papel de perceber as necessidades do cliente e família e a prestar cuidados adequados (Souza & Oliveira, 2010).

Na opinião de Holanda [et. al.] (2014) em todas as áreas profissionais se procura cada vez mais que o trabalhador satisfaça as necessidades dos seus clientes de forma autónoma, flexível e empreendedora. A enfermagem não é exceção e desta forma, os autores supracitados definiram uma matriz de competências profissionais do enfermeiro em emergência, Figura 5, da qual fazem parte oito competências básicas e trinta e uma competências associadas:

Figura 5 - Matriz de Competência Profissional do enfermeiro em emergência



Fonte: (Holanda [et. al.], 2014)

A prática da enfermagem engloba competências cognitivas, psicomotoras e afetivas. A atividade intelectual sobre os conhecimentos produzidos perfaz o domínio cognitivo, a habilidade motora – resposta a determinada situação e adaptação compreende o domínio psicomotor e por fim a atribuição de significados saudáveis aos fenómenos apresenta-se

como o domínio afetivo. As situações de PCR exigem dos profissionais de enfermagem mobilização simultânea de várias habilidades e domínios que estão diretamente relacionados com o sucesso da RCP (Bertoglio [et. al.], 2008).

Em 2011 a Ordem dos Enfermeiros definiu os três domínios de competências para os Enfermeiros de cuidados gerais:

- Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal
- Domínio da Prestação e Gestão de Cuidados
- Domínio do Desenvolvimento Profissional

Assim, o enfermeiro de cuidados gerais perante um doente em PCR deve mobilizar todas as competências que possui para que a sua prática seja o mais eficaz possível, promovendo um ambiente seguro, uma comunicação eficaz, tendo sempre por base o processo de enfermagem, privilegiando o trabalho interprofissional que se torna imprescindível, para uma atuação eficiente e de qualidade. Mas, de acordo com Terzi (2012), os requisitos necessários (teóricos e práticos) para conduzir a ressuscitação cardiopulmonar são ensinados durante a licenciatura em enfermagem, no entanto o treino nas escolas de enfermagem tem-se mostrado pouco eficiente na formação de profissionais capazes de uma performance de alta qualidade. Embora, segundo o mesmo autor, o papel do enfermeiro na ressuscitação cardiopulmonar tenha evoluído ao longo dos anos e os enfermeiros na era moderna, adotem novos papéis durante a RCP, entre eles: resposta rápida segundo as necessidades de cuidados, uso de desfibriladores externos, envolvimento na decisão de não reanimar, conhecimento das drogas administradas e respostas às mesmas usadas durante a RCP e o suporte familiar, consideramos que a formação continua e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados deve ser sempre um foco de atenção de todos os enfermeiros.

Se o Enfermeiro de Cuidados Gerais assume um importante papel na prestação de cuidados, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica vê acrescidas as suas competências para atuação perante o doente crítico, que segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010a, p. 1) “é aquele cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Assim a OE define três competências específicas para estes profissionais:

- Cuida da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Multiorgânica
- Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
- Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos;
- Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas;
- Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica;
- Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;
- Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica.
- Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergências Multivítimas, da Conceção à Ação
- Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção Perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Multiorgânica, Face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Respostas em Tempo Útil Adequadas.

Cuidados altamente qualificados, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados prestados de forma contínua, com vista à recuperação total das suas funções vitais. Estes cuidados exigem observação, colheita e procura contínua e sistematizada permitindo uma intervenção precisa e eficiente em tempo útil. Devido à complexidade dos cuidados que a pessoa em situação crítica exige, cuidar da pessoa nesta situação é uma competência clínica especializada, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010a).

O enfermeiro que cuida em contexto de serviços ortopédicos detém conhecimentos sobre as especificidades desta área, mas também sobre situações que possam ocorrer no decurso deste percurso, no sentido de prevenir situações críticas que possam eventualmente ocorrer, mas também saber atuar quando estas surgem.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011a) o aumento de doenças súbitas e crónicas que agudizam, e a complexidade crescente dos acidentes e da violência, bem como a

ocorrência de catástrofes naturais pode levar à falência das funções vitais e consequentemente à PCR e mesmo à morte se não existir uma atuação atempada. Neste sentido, é explícita a pertinência da integração de enfermeiros especializados em Enfermagem em pessoa em situação crítica quer no atendimento extra quer intra-hospitalar.

“Atendendo à diversidade das problemáticas cada vez mais complexas e, por outro lado, uma exigência cada vez maior de padrões de qualidade na assistência em saúde, o enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica assume-se como uma mais-valia para a implementação de cuidados especializados de qualidade no Sistema Nacional de saúde Português.” (Ordem dos Enfermeiros, 2011a, p. 3)

Assim, importa refletir sobre a área de atuação do enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica, mais concretamente na pessoa em situação crítica e sua pertinência e mais-valia num serviço de internamento como a ortopedia. Quando a meta é a melhoria continua na qualidade dos cuidados prestados, o enfermeiro especialista, acaba por ser responsabilizado neste sentido, com base nas competências acrescidas que detém. Deste modo, o enfermeiro especialista no cuidar da pessoa em situação crítica, deve prestar cuidados diferenciados e de qualidade à pessoa, uma vez que a sua formação assim o determina. Num serviço de internamento como a ortopedia, o enfermeiro especialista deve estar atento para antecipar focos de instabilidades e prevenir a degradação do estado clínico da pessoa lá internada, atuando prontamente, gerindo a administração de protocolos complexos e fazendo do controlo da dor uma prioridade. Deve privilegiar a comunicação como ferramenta dos cuidados, quer com a pessoa, quer com a família, prestando apoio e suporte. Não menos importante, o seu papel na prevenção e controlo da infeção, maximizando a atuação da equipa multidisciplinar nesta área.

Num serviço de ortopedia, estes enfermeiros podem assim ser uma referência na atuação em caso de PCR, uma vez que detêm conhecimentos consolidados nesta área bem como na sua prevenção. Estes enfermeiros podem ainda ser uma mais valia nos processos de formação em serviço na área do cuidado à pessoa em situação crítica. Segundo Souza e Oliveira (2010) muitos profissionais dos serviços de internamento não se sentem preparados para atuar numa situação de emergência que evolui para PCR, uma vez que não presenciam frequentemente estas situações, tal como acontece nos serviços de ortopedia. Referem como dificuldades o controlo emocional, dificuldades em reconhecer

uma PCR, insegurança, falta de conhecimentos ou habilidades, pouca destreza com as manobras e o manuseamento dos materiais de emergência.

A falta de treino diminui a capacidade de atuação perante um doente em PCR, deste modo a educação contínua contribui para o desenvolvimento e aprimoramento teórico e prático aumentando a segurança e confiança dos profissionais (Souza & Oliveira, 2010).

Concluindo, o papel do enfermeiro tem evoluído na equipa multidisciplinar e nas situações de PCR e RCP não é exceção e o enfermeiro especialista apresenta competências específicas que deve assumir. Os autores já referenciados concordam que nos serviços de internamento onde a PCR não é tão frequente, esta acarreta sentimentos negativos para os enfermeiros que a vivenciam, uma vez que a destreza e a competência de atuação é menor quando comparada com serviços onde a PCR acontece com maior frequência. A formação e o treino prático são a forma mais efetiva de aumentar a competência e o sentimento de eficácia dos enfermeiros

.

CAPÍTULO 4

PERCURSO METODOLÓGICO

A investigação permite o desenvolvimento das disciplinas e das diversas áreas do saber, e é um dos métodos que permite que se adquiram novos conhecimentos.

“A investigação científica é um método de aquisição de conhecimentos que permite encontrar respostas para questões precisas. Ela consiste em descrever, em explicar, em prever e em verificar factos, acontecimentos ou fenómenos.” (Fortin 2000, p. 4)

Segundo a autora supracitada, a investigação, é por excelência um método que permite a aquisição de novos conhecimentos e a sua conceção deve ser orientada pela sua importância para a disciplina em questão e para o desenvolvimento de conhecimentos nessa área. Fortin (2000) destaca ainda que em enfermagem, o objeto da investigação é o estudo sistemático de fenómenos do domínio dos cuidados de enfermagem, que permitem a descoberta e desenvolvimento desta disciplina.

Para a realização de uma investigação científica é necessário realizar um percurso metodológico que apresento neste capítulo onde será abordada a problemática do estudo e a construção dos objetivos, o tipo de estudo, o contexto do estudo, os participantes do estudo, a estratégia da recolha de dados, a análise de dados e por fim as considerações éticas.

4.1. Da Problemática aos Objetivos

Segundo Fortin (2000) a primeira etapa de um processo de investigação é encontrar um domínio que preocupe o investigador e tenha importância para a disciplina. Assim surge o domínio da atuação do enfermeiro em situações de PCR, uma vez que o envelhecimento da população, aliado a técnicas operatórias sofisticadas, permitiu uma mudança no perfil das pessoas internadas no serviço de ortopedia bem como das patologias e cirurgias a que são submetidos, conforme abordado no capítulo I, e a ocorrência de PCR em pessoas internadas neste tipo de serviços é uma realidade que não se configurando como uma das situações mais frequentes é necessário e muito importante que todos os enfermeiros estejam preparados de forma a dar uma resposta com qualidade.

Como afirma Fortin (2000) é mais provável que, a nossa experiência e a atividade profissional que desenvolvemos faça emergir um domínio de investigação que acaba por ir de encontro com a nossa motivação, visto que iniciamos o percurso profissional no serviço de Ortopedia, contexto onde também existem, por vezes pessoas em situação

crítica e onde a atuação dos enfermeiros, como em todos os contextos de internamento, assume elevada relevância na deteção e atuação perante estas pessoas, aumentando o nosso interesse em conhecer a experiência dos enfermeiros nesta área, com a finalidade de poder introduzir alguma melhoria na qualidade dos cuidados prestados.

Deste modo, surgiu a seguinte pergunta de investigação para a realização deste estudo:

Quais as experiências dos enfermeiros numa situação de Paragem Cardiorrespiratória, no serviço de Ortopedia de um Hospital Central da Zona Norte do País?

A questão de investigação remete de forma explícita para o domínio que se quer explorar com o objetivo de obter novas informações, ou seja, é um enunciado que contém os conceitos chave e a população alvo, segundo Fortin (2000).

Este estudo apresenta como objetivo geral perceber quais as experiências dos enfermeiros, do Serviço de Ortopedia de um Hospital Central da Zona Norte, na intervenção face à pessoa em paragem cardiorrespiratória. Este objetivo pretende indicar o porquê da investigação, isto é, orientar a investigação segundo os conhecimentos estabelecidos no domínio da questão (Fortin, 2000).

Como objetivos específicos foram delineados os seguintes:

- Identificar os fatores dificultadores e potenciadores na intervenção da equipa de enfermagem, face à pessoa em situação de PCR;
- Identificar que competências são necessárias mobilizar para a intervenção face à pessoa em situação de PCR;

A motivação pessoal foi uma mais-valia para a realização deste estudo e para o cumprimento dos objetivos propostos, de forma a dar resposta à pergunta de investigação.

4.2. Tipo de Estudo

O presente estudo visa explorar quais as experiências dos enfermeiros de um serviço de ortopedia de um Hospital Central da Zona Norte do País na atuação face a uma pessoa em paragem cardiorrespiratória. Este estudo insere-se numa abordagem qualitativa, uma vez que “busca compreender o seu fenómeno de estudo no seu ambiente usual (como as

peças vivem, se comportam e atuam; o que pensam; quais as suas atitudes etc.)” (Sampieri [et. al.], 2006, p.11).

Segundo os mesmos autores estes estudos não pretendem a generalização de resultados para populações, mais amplas, nem pretendem a obtenção de amostras representativas, mas fundamentar um processo indutivo explorando e descrevendo, gerando perspectivas teóricas.

Deste modo o estudo pretende identificar os fatores dificultadores e potenciadores na intervenção da equipa de enfermagem, face à pessoa em situação de PCR, identificar as competências que são mobilizadas perante uma pessoa em PCR e perceber quais os aspetos que contribuem para uma atuação eficaz. Este estudo será analisado à luz da metodologia qualitativa extraindo os significados dos dados encontrados.

O estudo em questão é um estudo exploratório e descritivo, uma vez que visa examinar um problema e ao mesmo tempo descrever experiências e acontecimentos numa determinada situação.

Os estudos exploratórios realizam-se “normalmente quando o objetivo é examinar um tema ou problema de pesquisa pouco estudado, do qual se tem muitas dúvidas ou que não foi abordado antes” (Sampieri [et. al.], 2006, p.99) e embora a literatura possa oferecer estudos similares, trata-se de uma realidade distinta, num contexto específico, alheio a outros já estudados. Segundo o mesmo autor estes estudos visam a familiarização com fenómenos pouco estudados, pesquisando problemas do comportamento humano, identificando conceitos e estabelecendo prioridades para pesquisas futuras.

Os estudos descritivos, segundo Danhke [et. al.], citado por Sampieri [et. al.], (2006, p.101) “procuram especificar as propriedades, as características e os perfis importantes de pessoas, grupos, comunidades ou qualquer fenómeno que se submeta a análise”, deste modo visa colher dados sobre o fenómeno em análise.

4.3. Contexto e Participantes do Estudo

O estudo decorreu num serviço de ortopedia de um Hospital Central da zona norte do país, que dispõe de 90 camas para internamento desta especialidade, distribuídas por três alas hospitalares. Este possui uma equipa multidisciplinar formada por médicos, assistentes operacionais, administrativos e enfermeiros.

Este serviço de internamento recebe doentes com patologia ortopédica ou traumatológica. A escolha deste contexto prende-se com o facto de ser o local de trabalho do investigador, o que permite uma maior motivação para realização do estudo com vista ao conhecimento mais profundo desta temática no contexto de trabalho e à possível aplicação de medidas de melhoria da qualidade de cuidados.

O hospital onde se realizou o estudo dispõe de um Sistema Integrado de Emergência Médica, para atuação em caso de deterioração clínica aguda de qualquer indivíduo, no seu espaço interno. Esta equipa pode ser ativada telefonicamente a partir de qualquer local do hospital e para ativação desta equipa estão definidos os seguintes critérios:

- Permeabilidade da via aérea ameaçada;
- Paragem respiratória e/ou frequência respiratória $<5\text{cpm}$ ou $>35\text{cpm}$;
- Paragem cardíaca e/ou frequência cardíaca $<40\text{bpm}$ ou $>140\text{ bpm}$ e/ou Tensão arterial sistólica $<90\text{mmHg}$;
- Alteração súbita do estado de consciência; Diminuição na Escala de Coma de Glasgow >2 e/ou convulsões repetidas/prolongadas.

Perante um doente em PCR qualquer profissional de saúde do serviço de internamento pode ativar a equipa de emergência médica e iniciar a ressuscitação cardiopulmonar através do início de manobras de SBV. Com a chegada da equipa de emergência, constituída por um enfermeiro e um médico, os profissionais devem manter o SBV e colaborar SAV, se a equipa de emergência assim o decidir. Este Hospital dispõe de uma formação anual de Suporte Básico de Vida para todos os profissionais da instituição. Dispõe ainda de um carro de emergência em cada serviço, que permite o acesso a material específico utilizado em situações de emergência e reunido num só local de forma a poder ser transportado para junto da pessoa que se encontra em situação crítica.

Definida a problemática, assim como os objetivos do estudo é necessária a definição clara a população e amostra que participa no mesmo. Assim a população, segundo Fortin (2000) é um conjunto de elementos com características comuns onde a informação vai ser recolhida. “A população, que é o objeto de estudo é chamada a ‘população alvo’” (Fortin 2000, p. 311). Deste modo a população alvo deste estudo foram os enfermeiros do serviço de ortopedia do Hospital Central da Zona Norte em questão. Esta equipa de

enfermagem é constituída por 51 enfermeiros, que constituem então a população deste estudo.

A amostra constitui a fração da população sobre a qual se faz o estudo (Fortin, 2000). Assim foi selecionada uma amostra não probabilística, ou por conveniência, uma vez que estas se mostram de elevado valor para os estudos qualitativos, visto que como não têm como finalidade a generalização de resultados, através de uma cuidadosa imersão no campo, podem ser selecionadas pessoas que interessam ao pesquisador, oferecendo uma grande riqueza na colheita de dados (Sampieri [et. al.], 2006).

Para seleção dos enfermeiros participantes no estudo foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- Trabalhar no serviço de ortopedia;
- Prestar cuidados diretos à pessoa com patologia ortotraumatológica;
- Ter vivenciado uma situação de PCR de uma pessoa, no serviço de ortopedia nos últimos 2 anos.

O número de participantes que vão constituir a amostra será definido pela saturação dos dados obtidos nas entrevistas que serão efetuadas.

4.4. Instrumento e Estratégia de recolha de dados

Nos estudos qualitativos a colheita de dados procura obter informações sobre indivíduos, comunidades, contextos, variáveis ou situações em profundidade através das definições, termos e palavras dos indivíduos no seu contexto (Sampieri [et. al.], 2006).

Neste estudo específico será utilizado a entrevista semiestruturada. A entrevista no contexto qualitativo é flexível e aberta e muitas vezes é definida como uma conversa. A entrevista semiestruturada em concreto baseia-se num conjunto de questões, onde o pesquisador tem a liberdade de introduzir outras perguntas para esclarecer dúvidas ou aprofundar assuntos de interesse para a investigação (Sampieri [et. al.], 2006), ou seja, estas entrevistas baseiam-se num guia de assuntos ou questões onde o pesquisador tem a liberdade de intervir para a clarificação dos conceitos ou temas desejados. Desta forma é pretendido obter resposta aos tópicos de interesse na palavra dos enfermeiros.

Esta entrevista (Apêndice A) é composta por duas partes distintas. A primeira parte do instrumento de colheita de dados é constituída por perguntas fechadas com vista à identificação dos aspetos sociodemográficos, formação e experiência profissional da amostra selecionada e a segunda parte é composta pelas seguintes questões:

- Quantas situações de PCR ocorrem, em média, no serviço onde trabalha, num ano? E esteve presente em alguma nos últimos dois anos?
- Pense numa situação de PCR de um doente, que tenha vivido na sua prática profissional, no serviço de ortopedia, conte como decorreu a atuação.
- Que competências teve que mobilizar para atuar nesta situação?
- Na sua opinião quais os fatores dificultadores e potenciadores na intervenção na equipa de enfermagem, face à pessoa em situação de PCR?
- Que aspetos contribuem, na sua opinião, para a sua atuação ser eficaz perante um doente em PCR?

Um enfoque qualitativo, no que diz respeito à colheita de dados, “utiliza técnicas que não pretendem medir nem associar as medições a números, tais como observações não-estruturadas, entrevistas abertas, revisão de documentos, discussão em grupo, avaliação de experiências pessoais (...)” (Sampieri [et. al.], 2006, p.375). Segundo os mesmos autores, torna-se fundamental que o entrevistador crie um clima de confiança e empatia com o entrevistado e evite distrações como barulhos, interrupções e telemóveis. Estas foram algumas das razões pela qual foi escolhido o turno da noite para realização das entrevistas, uma vez que o número de interrupções e a disponibilidade da equipa de enfermagem é maior, promovendo assim um ambiente e comportamento mais relaxado e natural.

Antes da aplicação da entrevista semiestruturada construída à população do estudo, foi efetuada a entrevista pré-teste, a um enfermeiro do serviço de ortopedia, que não participou posteriormente no estudo para confirmar a pertinência e compreensão das questões em relação aos objetivos da investigação. Este pré teste deve ser aplicado a elementos similares à população do estudo e permite completar o instrumento e identificar ambiguidades e questões menos claras (Christensen [et. al.], 2011).

A aplicação das entrevistas foi realizada no período compreendido entre 5/10/2015 e 2/11/2015, e foram participantes do estudo três enfermeiros de cada ala, pertencente ao serviço de ortopedia.

4.5. Procedimento de análise de dados

No que concerne à análise de dados recolhidos nas entrevistas, à luz do enfoque qualitativo esta mostra-se um enorme desafio, dado o extenso volume de dados. Uma das tentações presentes é reduzir os dados, no entanto deve ter-se um cuidado acrescido para não descartar dados importantes para o estudo (Sampieri [et. al.], 2006).

Uma vez que o estudo efetuado é um estudo qualitativo e foi aplicada uma entrevista semiestruturada foi através da análise de conteúdo que se chegaram aos dados para tratamento final. Para Bardin (2009) a entrevista apresenta a riqueza da fala, a singularidade individual, mas também por vezes apresenta-se contraditória com negações e recuos, entre outros. A análise do conteúdo das entrevistas foi então feita com base nos princípios propostos por Bardin. Segundo este autor “a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações” (Bardin 2009, p.33), e dá-nos um leque de ferramentas que é adaptável ao campo de aplicação das comunicações.

Então, segundo o autor supracitado a organização da análise deve passar pelas seguintes fases:

- Pré-análise;
- Exploração do material;
- Tratamento dos resultados, a interferência e a interpretação.

Assim, a pré-análise corresponde à fase de organização, iniciando-se com uma leitura flutuante, que consiste em estabelecer um contacto com os documentos a analisar e conhecer o seu texto, desta forma a leitura vai-se tornando mais precisa em função das hipóteses emergentes. A escolha dos documentos deve obedecer a regras, como a da exaustividade: não se deve deixar de fora elementos por razões não justificáveis no plano do rigor; regra da representatividade: a análise pode efetuar-se numa amostra, desde que para isso o material recolhido o permita; regra da homogeneidade: os documentos devem obedecer a critérios precisos; regra da pertinência: os documentos devem ser adequados e obedecerem aos objetivos.

A exploração do material consiste numa fase de operações de codificação em função de regras previamente colocadas. A codificação corresponde à transformação dos dados. Na análise qualitativa é muitas vezes realizada sobre um conjunto de dados reduzido e estabelece categorias mais discriminantes. A codificação foi sucessivamente alterada até que se chegou a uma identificação final das categorias, Apêndice III. As categorias obedeceram às regras no Quadro 2.

Quadro 2 - Regras de análise de categorias

Categoria	Regra Aplicada
Deteção da situação da PCR	Momento em que o enfermeiro reconhece que o doente está em PCR
Manobras de Reanimação	Início do SBV
Contacto com a equipa de Emergência	Momento em que é contactada telefonicamente a equipa de emergência
Recuperação e Encaminhamento	Momento em que o doente recupera funções vitais e é encaminhado para outro serviço ou para realização de exames complementares de diagnóstico
Tomada de Decisão sobre Reanimação	Momento em que é tomada a decisão de não reanimar o doente ou suspender medidas terapêuticas
Verificação do óbito	Momento em que é certificado o óbito
Competências Técnico-científicas	Conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades passíveis de serem mobilizadas na prática clínica (Ordem dos Enfermeiros, 2011a)
Capacidade de decisão para a ação	Ter a habilidade de reconhecer uma situação e atuar em conformidade com os protocolos existentes, em tempo útil
Capacidade de controlo de emoções	Aptidão para lidar com os próprios sentimentos
Capacidade Física	Aptidão para realizar determinada tarefa sem ficar cansado
Competências Comunicacionais	Aptidão para comunicar de forma consistente informação relevante, correta e compreensível sobre o estado da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2011a)
Capacidade de Liderança	Aptidão para influenciar positivamente os outros, estabelecendo tarefas a executar e prioridades a gerir
Inexperiência na prática de RCP	Falta de prática na realização de RCP
Articulação das Equipas	Forma como a equipa médica, de enfermagem e assistentes operacionais prestam cuidados de forma articulada
Défice de Rácio Enfermeiro - Doente	Número reduzido de enfermeiros para número elevado de doentes
Utilização do carro de emergência	Conhecimento sobre o manuseamento do carro de emergência e seus materiais

Gestão do stress	Forma positiva de lidar com o stress - sentimento de estar sobre pressão e ansiedade ao ponto de não ser capaz que atuar de forma adequada física e mentalmente (Ordem dos Enfermeiros, 2011b)
Dilema ético	Problema que deve ser visto a luz dos princípios éticos da profissão
Estrutura física	Constituição do edifício
Formação	Aprendizagens realizadas pelos enfermeiros na área da emergência
Experiência em situações de PCR	Número de vezes que teve a possibilidade de estar presente e participar nos cuidados prestados durante uma PCR, e refletir sobre eles
Trabalho em Equipa	Trabalho realizado entre equipa de enfermagem, equipa medica e equipa de assistentes operacionais para um fim comum
Concentração	Capacidade para se manter focado num determinado acontecimento
Rácio Enfermeiro – Doente	Número de doentes atribuídos a cada enfermeiro
Estrutura Organizacional	Forma como o Hospital se encontra organizado, de forma a permitir atuação numa situação de emergência
Conhecimento	Aprendizagem realizada sobre cuidados a prestar numa situação de PCR
Treino	Aprendizagem pratica realizada pelos enfermeiros de forma a aplicar os conhecimentos teóricos, repetidas vezes, ate consolidação da forma de atuação
Comunicação	Processo de dar e receber informações, compreendendo formas verbais e não verbais (Ordem dos Enfermeiros, 2011b)
Saber agir	Atuar em conformidade com os protocolos existentes
Disponibilidade de materiais	Existência dos materiais necessários para atuar numa situação de PCR

A fase final de tratamento dos resultados consiste em coloca-los de forma a que sejam significativos e válidos, isto é, interpreta-los e utiliza-los com fins teóricos ou pragmáticos.

4.6. Considerações éticas

Hoje em dia a investigação é um recurso cada vez mais usado pelas várias disciplinas, de forma a aumentarem os seus conhecimentos e a desenvolverem-se como ciências. “Como a investigação no domínio da saúde envolve seres humanos, as considerações éticas entram em jogo desde o início da investigação” (Fortin 2000, p.180). Deste modo, esta investigação teve por base os princípios éticos e morais de forma a não prejudicar os participantes nela envolvidos.

Segundo Malagutti (2007) a ética é um ramo da filosofia que se preocupa em estabelecer valores para o comportamento humano, exigindo do ser humano uma reflexão crítica com base num juízo de valor vindo “de dentro para fora”. Este processo envolve razão, conhecimento, sentimentos, vivências e emoções respeitantes a todo o processo educacional apreendido, bem como às heranças e valores socialmente aceites ao longo da vida. Isto é, segundo Thompson [et al.] (2004), a ética acaba por ser o conjunto coletivo de valores e de crenças de qualquer comunidade ou grupo socioprofissional. Ainda segundo os mesmos autores, a Moral prende-se com os valores pessoais, regras de conduta convencionais e costumes culturais específicos.

Este estudo seguiu então todos os passos legais previstos. Foi formalizado um pedido de autorização para realização do estudo ao Hospital em questão, tendo este avaliado a pertinência e viabilidade do estudo e tendo encaminhado para a comissão de ética desta instituição que deu o abalo positivo para a sua realização.

Os participantes, foram esclarecidos quanto aos objetivos do presente estudo, e participaram de forma voluntária. Foi dado espaço para o esclarecimento de possíveis dúvidas quanto ao estudo. E foi assegurada a confidencialidade dos participantes. Foi elaborado um documento de Consentimento informados que os participantes assinaram antes da participação no estudo.

A colheita de dados foi feita com recurso a entrevista semiestruturada, gravada apenas após a autorização dos participantes.

Deste modo, foram respeitados os princípios éticos de uma investigação que envolve seres humanos.

CAPÍTULO 5

INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo será apresentada a caracterização da amostra do estudo, bem como a interpretação e discussão dos resultados obtidos a partir das seguintes áreas temáticas: Fases de atuação face à pessoa com PCR; Competências mobilizadas pelos enfermeiros numa situação de PCR; Fatores dificultadores na intervenção da equipa de enfermagem face às situações de PCR; Fatores potenciadores na intervenção da equipa de enfermagem face às situações de PCR e Aspetos que contribuem para uma atuação eficaz perante uma situação de PCR.

5.1. Caracterização da amostra

Para a realização deste estudo contou-se com a participação de nove enfermeiros do serviço de ortopedia, sendo que três pertencem à equipa da ala B, três à equipa da ala C e por fim três à equipa da ala D, cujas características sociodemográficas se encontram expressas no Quadro 3.

Quadro 3 - Caracterização dos participantes

Género	
Masculino	2
Feminino	7
Estado Civil	
Solteiro	7
Casado	2
Idade	
<30	5
30 a 35	1
35 a 40	2
>40	1
Formação Académica e Profissional	
Bacharelato em Enfermagem	1
Licenciatura em Enfermagem	8
Pós- Graduação	2
Especialização	4
Formação em Doente Crítico	3
Formação em SBV	9
Formação em SAV	2
Tempo de exercício profissional (anos)	
<5	1
5 a 10	5

>10	3
Tempo de exercício profissional no serviço de Ortopedia (anos)	
<5	4
5 a 10	3
>10	2

No que diz respeito ao género, sete pertencem ao género feminino e dois ao género masculino, o que se mostra de acordo com a população de enfermeiros que ainda é maioritariamente feminina. Relativamente ao estado civil, sete são solteiros e dois são casados.

No que concerne à idade, cinco enfermeiros têm menos de 30 anos, um encontra-se entre os 30 e os 35 anos, dois entre os 35 e os 40 e um tem mais de 40 anos, o que acaba por caracterizar a equipa jovem que está afeta ao serviço, com média de idades de 32 anos.

Relativamente à formação académica, um dos enfermeiros possui o grau de bacharelato, e os restantes possuem licenciatura em enfermagem. Um dos enfermeiros possui uma Pós-Graduação em Ciências Médico-Legais e outro elemento possui Pós-graduação em Supervisão Clínica e em Doente Crítico. Um dos participantes possui Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica e três possuem Especialidade em Enfermagem de Reabilitação.

No que diz respeito ao tempo de exercício profissional, um dos elementos exerce funções há menos de 5anos, cinco dos enfermeiros exercem funções entre os 5 e os 10 anos e três têm mais de 10 anos de tempo de exercício profissional. Relativamente ao tempo de exercício profissional no serviço de ortopedia quatro enfermeiros trabalham neste serviço há menos de 5 anos, três trabalham na ortopedia entre 5 a 10 anos e dois trabalham na ortopedia há mais de 10 anos.

No que concerne à formação, três enfermeiros têm formação na área do doente crítico, todos os elementos têm formação em suporte básico de vida e dois dos enfermeiros têm formação em suporte avançado de vida.

5.2. Dando Voz aos Enfermeiros

Através do recurso a análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas realizadas surgiram as seguintes áreas temáticas e categorias que se encontram na Quadro 4. Em

conjunto com a apresentação dos dados será efetuada uma síntese reflexiva, tendo por base a sustentação teórica já apresentada.

Importa reforçar a ideia de que a ocorrência de PCR neste serviço não é um evento comum, e varia conforme a ala em questão, uma vez que uma das alas recebe maioritariamente os doentes de foro traumatológico, e as outras duas alas recebem as cirurgias programadas. Este facto explica a disparidade de respostas encontradas quando questionados os enfermeiros das diferentes alas sobre a frequência média de PCR no serviço de ortopedia num ano, em que as respostas variaram de uma a vinte e cinco, estando a maioria das respostas abaixo das dez ocorrências por ano.

Quadro 4 - Áreas Temáticas e Categorias emergentes da análise de conteúdo

Áreas Temáticas	Categorias
Fases de atuação face a pessoa com PCR	Deteção da situação da PCR
	Manobras de Reanimação
	Contacto com a equipa de Emergência
	Recuperação e Encaminhamento
	Tomada de Decisão sobre Reanimação
	Verificação do óbito
Competências Mobilizadas pelos Enfermeiros numa Situação de PCR	Competências Técnico-científicas
	Capacidade de decisão para a ação
	Capacidade de controlo de emoções
	Capacidade Física
	Competências Comunicacionais
	Capacidade de Liderança
Fatores Dificultadores na Intervenção da Equipa de Enfermagem face às Situações de PCR	Inexperiência na prática de RCP
	Articulação das Equipas
	Défi ce de Rácio
	Enfermeiro – Doente
	Utilização do carro de emergência
	Gestão do stress
	Dilema ético
	Estrutura física
Fatores potenciadores na intervenção da equipa de enfermagem face às situações de PCR	Formação
	Experiência em situações de PCR
	Gestão de Stress
	Trabalho em Equipa
	Concentração
	Rácio Enfermeiro – Doente

	Estrutura Organizacional
Aspetos que contribuem para uma atuação eficaz perante uma situação de PCR	Conhecimento
	Treino
	Comunicação
	Saber agir
	Disponibilidade de materiais

5.2.1. Fases de atuação face a pessoa com PCR

Esta área temática permite conhecer, na ótica dos enfermeiros, quais as fases de atuação pelas quais passavam ao cuidar de uma pessoa com PCR. Deste modo, ao realizar a análise de conteúdo contactou-se que as afirmações dos entrevistados se enquadravam nas categorias do Quadro 5.

Quadro 5 - Fases de atuação face à pessoa com PCR (síntese)

Categoria	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9
Deteção da situação da PCR	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Manobras de Reanimação	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Contacto com a equipa de Emergência	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Recuperação e Encaminhamento						x	x		
Tomada de Decisão sobre Reanimação		x	x	x				x	
Verificação do óbito	x				x				

Deteção da situação de PCR

Todos os participantes do estudo assumiram que esta era a primeira fase de atuação perante uma pessoa com PCR.

E6 “(...) foi de um doente que foi encontrado inconsciente de imediato avaliamos os três passos, o VOS (ver, ouvir e sentir) o doente estava em paragem (...)”

E7 “(...) o doente foi encontrado em paragem respiratória, o alerta foi dado por uma auxiliar (...)”

Importa lembrar que se considera que a pessoa está em PCR quando não responde a estímulos verbais e táteis, não respira e não tem sinais de circulação. Não menos importantes são as situações em que a pessoa ainda pode ter sinais de vida, mas que se não for alvo uma intervenção atempada poderá culminar em PCR. Segundo Chua [et al.] (2013), os enfermeiros desempenham um importante papel na prevenção de eventos adversos, prevenindo as PCR uma vez que se encontram numa posição privilegiada para reconhecer sinais de perigo e reporta-los ao médico assistente. Segundo o mesmo autor,

as PCR são normalmente precedidas por um período de pré-pagarem que dura geralmente 8h, e que cabe aos enfermeiros reconhecer estas situações para as prevenir. Também Souza e Oliveira (2010) afirmam que os enfermeiros são os profissionais que se encontram 24 horas ao lado das pessoas e por isso são os primeiros a identificar as PCR.

Manobras de reanimação

Seguindo-se à fase de deteção da PCR, dá-se o início das manobras de reanimação, que todos os enfermeiros identificaram como o início do SBV.

E1 “(...) começaram-se as manobras do suporte básico de vida (...) enquanto uns faziam as manobras outros tentavam também arranjar acessos, visualizar acessos, (...)”

E7 “(...) imediatamente então foram iniciadas as manobras, não é, o normal, fomos buscar o carro de urgência, o monitor, iniciamos então as manobras, não foi nada respiratória foi (uma paragem) cardiorrespiratória, iniciamos então as manobras de suporte básico de vida conforme manda o algoritmo (...)”

O início das manobras de reanimação deve ser o mais precoce possível de forma a restabelecer a circulação artificial no tempo mínimo possível. De acordo com European Resuscitation Council (2010) na reanimação intra-hospitalar um profissional deve iniciar de imediato manobras de reanimação enquanto os outros ativam a equipa de emergência e trazem o equipamento para junto da pessoa, realizando trinta compressões seguidas de duas ventilações. A mesma entidade afirma ainda que o SBV, assume cada vez mais um papel privilegiado na RCP, pelo que deve ser executado com a máxima qualidade e eficiência possível.

Um dos enfermeiros enfatizou o facto de terem trocado de função durante o processo de reanimação.

E8 “(...) eu fiz as compressões cardíacas externas, depois trocamos para fazer as insuflações (...)”

As compressões torácicas devem ser de elevada qualidade minimizando as interrupções, e uma vez que a sua realização é cansativa, o European Resuscitation Council (2010) recomenda que os reanimadores devem trocar de funções a cada dois minutos.

Contacto com a equipa de emergência

O contacto com a equipa de emergência, que se encontra disponível 24h por dia no Hospital em questão, também foi mencionado pelos nove enfermeiros participantes no estudo.

E2 “(...) entretanto foi chamada a equipa de emergência (...)”

E8 “(...) foi acionada a emergência interna (...)”

Segundo o European Resuscitation Council (2010) todos os hospitais devem ter um plano de resposta a emergências claramente definido, estes devem responder em tempo oportuno e com eficácia. A equipa de emergência deve ser composta por operacionais com formação em pessoa em situação crítica e deve estar disponível 24h por dia.

No hospital em questão existe uma equipa de emergência, formada por um médico adstrito ao serviço de cuidados intensivos polivalentes e um enfermeiro do serviço de urgência. Existem ainda critérios para a sua ativação, não apenas na PCR, mas também na detioração do estado clínico, afim da prevenção da PCR. Nas diretrizes do European Resuscitation Council (2010) é destacada a importância de todos os profissionais saberem pedir ajuda sempre que reconheçam que um doente esta em risco de PCR.

Recuperação e encaminhamento

Dois dos enfermeiros que participaram no estudo identificaram uma das fases de atuação perante a pessoa com PCR quando se dá a sua recuperação e o seu encaminhamento.

E6 “(...) entretanto o doente recuperou porque devia ter sido provavelmente, só uma paragem respiratória (...) e o doente depois desceu para fazer TAC (...)”

E7 “(...) o doente recuperou após, para aí, um ou dois minutos de manobras de suporte básico de vida e depois deu-se a abordagem normal de avaliação do doente em paragem.”

A RCP não se esgota com o retorno da circulação espontânea, mas incorpora um esforço acrescido para manter todas as funções vitais dos órgãos (Terzi, 2012). O European Resuscitation Council (2015) destaca a importância da realização de um ECG de 12 derivações e do tratamento da causa da PCR, que não foi mencionado por nenhum dos enfermeiros. No entanto, isto pode dever-se ao facto dos doentes que recuperam de uma PCR serem maioritariamente transferidos para um serviço mais especializado no cuidado do doente crítico.

Tomada de decisão sobre a reanimação

Quatro enfermeiros identificaram a situação em que e tomada a decisão de não reanimar o doente ou numa intervenção prolongada o momento em que e decidido suspender medidas terapêuticas.

E2 “(...) não se investiu no doente.”

E3 “(...) até que realmente o doente não tinha pulso e tivemos mesmo que parar, não era para investir. Pronto foi uma situação complicada, e acabamos por perder esse doente.”

Segundo as recomendações do European Resuscitation Council (2010) os doentes em quem a morte é esperada e, portanto, não tem indicação para reanimar em caso de PCR devem estar claramente identificados, ou seja, os hospitais devem ter uma política clara de decisão de não reanimar (DNR) em consonância com as recomendações nacionais e deve ser do conhecimento de todos os profissionais.

Atualmente, os enfermeiros assumiram também novos papéis durante as situações de emergência e entre eles destaca-se o envolvimento na decisão da RCP ou sua suspensão.

Verificação do óbito

Dois enfermeiros deram destaque ao momento em que foi verificado o óbito.

E1 “(...) mas o doente não sobreviveu (...)”

E5 “(...) decorria sei lá, meia hora ou mais, e não foi com sucesso a paragem.”

O tema da PCR e da RCP estão estreitamente ligados com o processo de morrer, e a morte “é sem dúvida o acontecimento mais desgastante no dia a dia do hospital e esta é vista geralmente pelos enfermeiros como frustrante, uma vez que, os resultados obtidos não estão de acordo com os esforços dos cuidados prestados na luta contra a morte” (Maia & Lopes, 2000, p. 1). No entanto, importa contribuir para uma morte digna e sem sofrimento, como o cuidado ao ser humano o exige.

Em síntese, esta primeira área temática remete-nos para as fases de atuação perante uma pessoa com PCR, e os testemunhos dos enfermeiros acabam por ir de encontro com as recomendações do European Resuscitation Council (2010, p. 27):

- A PCR é reconhecida de imediato
- O pedido de ajuda e feito seguindo o modelo estabelecido

- Inicia-se de imediato o SBV

Segundo a mesma entidade no intra-hospitalar a divisão entre SBV e SAV não é efetivada, uma vez que todo o processo é um contínuo de intervenções realizadas e este facto ficou patente no discurso de alguns enfermeiros, uma vez que após a chegada a equipa de emergência se inicia o SAV, mas não há uma divisão no processo.

De ressaltar que nenhum enfermeiro abordou o tema das medidas pós reanimação que assumem também um papel de destaque para o sucesso da mesma e na qualidade de vida posterior para a pessoa que sofre PCR.

5.2.2. Competências mobilizadas pelos enfermeiros numa situação de PCR

Através desta área temática procurou-se conhecer, na visão dos enfermeiros, quais as competências que mobilizam para atuar numa situação de PCR. Deste modo, ao realizar a análise de conteúdo contactou-se que as afirmações dos entrevistados se enquadravam nas categorias do Quadro 6.

Quadro 6 - Competências mobilizadas pelos enfermeiros numa situação de PCR (síntese)

Categoria	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9
Competências Técnico-científicas	x	x	X	x	x	x	x	x	x
Capacidade de decisão para a ação			X						
Capacidade de controlo de emoções	x			x	x	x	x		
Capacidade Física	x		X						
Competências Comunicacionais	x							x	
Capacidade de Liderança						x			

Competências técnico científicas

Todos os enfermeiros entrevistados referiram que uma das competências que mobilizam na atuação perante uma pessoa com PCR eram as competências técnico-científicas, englobando nelas os conhecimentos científicos e conhecimentos técnico do saber agir. No entanto nem todos referenciaram as duas em conjunto, ou seja, uns valorizaram mais as competências técnicas, enquanto outros valorizaram mais as competências científicas.

E3 “(...) temos de ter conhecimento para saber reconhecer a situação de paragem cardiorrespiratória, como é obvio, e após reconhece-la agir.”

E6 “Todos os conhecimentos em urgência e emergência, competências técnicas (...)”

E8 “Sobretudo competências técnicas, competências de atuação rápida, mais no campo da reanimação, portanto todas as técnicas inerentes a esta situação (...)”

A enfermagem como disciplina obriga à aplicação dos conhecimentos científicos no seu exercício, isto é, o enfermeiro deve aplicar os conhecimentos e as técnicas mais adequadas na sua prática, bem como, deve utilizar o pensamento crítico e as técnicas para a resolução dos problemas (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Bertoglio [et. al.] (2008) afirma que a prática da enfermagem engloba competências cognitivas, psicomotoras e afetivas. As competências cognitivas surgem da atividade intelectual sobre os conhecimentos adquiridos, as competências psicomotoras ou habilidade psicomotora corresponde à resposta ou adaptação a determinada situação e por fim as competências afetivas, não são mais do que a atribuição de significados positivos aos fenómenos. Nori [et al.] (2012) salienta que a retenção de habilidades para realizar RCP decresce com o passar do tempo, pelo que a capacidade de retenção do conhecimento para realizar a RCP eficazmente acaba por estar dependente do tempo que já decorreu após o treino destas habilidades.

Capacidade de decisão para a ação

Um dos enfermeiros participantes no estudo deu destaque à capacidade de decisão para a ação que é necessária para atuar em caso de PCR.

E3 “(...) a capacidade de pensar-agir é o que se, pronto, é o que na prática temos realmente que ter, é uma competência que realmente é necessária, é quase obrigatória e é inata (...)”

Holanda [et al.] (2014) construiu uma matriz de competências profissionais para o enfermeiro em emergências, sendo que uma das competências básicas que definiu é a tomada de decisão agregando-lhe sete competências associadas, que são:

- Autonomia: capacidade de usar a liberdade de ação segundo as suas próprias escolhas;
- Coragem: Capacidade de perseverança, energia e força moral perante as dificuldades;
- Discernimento: Capacidade para diferenciar e reconhecer potencialidades e limites das pessoas e das coisas;
- Flexibilidade: Capacidade de rápida adaptação a situações inesperadas;
- Objetividade: Capacidade de expor posições e ideias gerando compreensão e aceitação;

- Resolubilidade: Capacidade de gerar soluções para os problemas
- Senso de urgência: capacidade de atuação atempada, calculando e corrigindo erros de imediato.

Segundo a autora supracitada este conjunto de competências deve estar presente num enfermeiro que atua numa emergência. Na nossa opinião a associação destas competências permitem uma maior capacidade de decisão para a ação permitindo uma atuação rápida e eficaz, com orientação para os objetivos.

Capacidade de controlo de emoções

Cinco dos enfermeiros entrevistados valorizaram a capacidade de controlo de emoções como uma das competências fundamentais na atuação numa situação de PCR.

E4 “(...) pronto uma pessoa tem sempre de tentar manter a mente fria, evitar ceder ao stresse do momento (...)”

E7 “(...) acho que a competência emocional, em que nós temos de manter a calma e manter o discernimento para atuar.”

O controlo das emoções numa situação de PCR é uma das chaves para uma atuação de qualidade dos profissionais. Segundo Holanda [et. al.] (2014) o equilíbrio emocional prende-se com a capacidade de agir controlando as emoções quando se reage às adversidades ou mudanças, não sendo descrita como tarefa fácil é fundamental para o equilíbrio do binómio profissional – trabalho. É então fundamental que o enfermeiro não reprima as suas emoções, mas seja capaz de as administrar. Também Souza e Oliveira (2010) destacam que o descontrolo emocional prejudica a execução de cuidados de qualidade numa situação de PCR o que nos leva a concluir que a capacidade de controlo das emoções se torna uma competência fundamental numa atuação que gera altos níveis de stress, uma vez que a os enfermeiros têm consciência de que a pessoa pode depender da sua atuação para sobreviver à PCR.

Capacidade física

A Capacidade física foi descrita por dois enfermeiros participantes o estudo como um ponto importante na atuação.

E1 “(...) agilidade (...)”

E3 “(...) temos que ter alguma preparação física para isso (...)”

É de conhecimento geral que a execução das manobras de RCP exige agilidade física uma vez que expõe os profissionais a um esforço físico adicional, associado a uma situação de stress. Por esta razão o European Resuscitation Council (2010) recomenda a mudança do profissional que está na execução das compressões torácicas a cada dois minutos, uma vez que só desta forma são garantidas compressões de qualidade, pois a sua execução gera cansaço e perda de qualidade ao longo do tempo da RCP.

Competências comunicacionais

Apenas dois enfermeiros referenciaram as competências comunicacionais como uma das competências que mobilizavam aquando da atuação perante uma situação de PCR.

E1 “(...) uma comunicação eficaz, em pouco dizer muito (...)”

E8 “(...) também competências comunicacionais, portanto para, otimizar a comunicação rápida e sem ‘ruído’ à volta, de forma a que a mensagem passe de uma forma eficaz (...)”

O estabelecimento de uma comunicação eficaz é uma das competências descritas pela Ordem dos Enfermeiros (2011a) definida como sendo a capacidade de comunicar com consistência a informação relevante de forma correta e compreensível de forma oral, escrita ou eletrónica. Ferramenta essencial na prestação de cuidados de enfermagem é-o também essencial numa situação de emergência. Definida também por Holanda [et al.] (2014) como a capacidade de transmitir uma mensagem de forma a que o recetor a descodifique com clareza e fidedignidade associada ao conceito de diálogo – capacidade de trocar ideias e partilhar significados articulada com a não menos importante capacidade de saber ouvir – apreender, escutar e entender o outro, são para esta autora competências associadas à competência básica da humanização que ela define no seu perfil de competências para o enfermeiro que atua em situações de emergência.

Capacidade de liderança

Por último da capacidade de liderança foi identificada por um dos enfermeiros que participou na entrevista como uma das competências que mobilizava em situações de PCR.

- **E6** “(...) também de líder, porque no fundo estava na via aérea e o colega que estava comigo era mais novo, não tinha tanta experiencia (...)”

Muitas vezes, pensamos que numa atuação perante uma situação de PCR a liderança cabe à equipa médica, colocando-nos a nós próprios como profissão num patamar inferior. No

entanto, a liderança pode ser assumida de várias formas e segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010b) o enfermeiro especialista pode assumir o papel de liderança, adaptando a mesma ao clima organizacional favorecendo a melhor resposta do grupo. Holanda [et. al.] (2014) define liderança como a capacidade de influenciar pessoas de forma positiva para efetuar tarefas laborais em determinado plano de ação de forma a atingir os objetivos comuns e referencia-a como uma das competências essencial para atuar em situações de emergência.

Em síntese, importa referir que o conceito de competência utilizado de forma quase indiscriminada em diversas áreas e profissões se refere a qualificações, habilidades e capacidades que estando interrelacionados com a competência, acabam por evocar apenas uma ou outra característica, uma vez que a competência implica a mobilização de saberes de forma adequada a cada situação e contexto (Correia, 2013).

A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com PCR exige uma mobilização simultânea de competências, quer ao enfermeiro de cuidados gerais, quer ao enfermeiro especialista, e o sucesso da RCP depende da sua correta mobilização. A matriz de competência profissional do enfermeiro em emergência Figura 5 (pag. 45) desenvolvida por Holanda [et. al.] (2014) remete-nos para estas competências mencionadas mas também para outras que poderiam ter sido referenciadas pelos enfermeiros participantes do estudo. Esta matriz considera que as competências não podem ser utilizadas de forma isoladas, mas sim associadas, de forma a atingir a excelência dos cuidados prestados. A capacidade física, mencionada por dois dos enfermeiros não vem descrita como tal nos estudos consultados, mas justifica-se pelo facto de serem situações complexas que exigem um agilidade e resistência para uma atuação eficaz.

Canova [et. al.] (2012) corrobora com dados do seu estudo que as competências mencionadas pela equipa de enfermagem se centram nas habilidades cognitivas (conhecimentos), técnicas e interpessoais. Esta autora aborda ainda as competências no campo da ética, que não foram mencionadas pelos enfermeiros neste estudo, mas que não deixem se ser importantes, fazendo parte das competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2011a) onde fica claro que o enfermeiro deve desenvolver uma prática profissional com responsabilidade e exercer a sua prática de com o código deontológico e jurídico.

5.2.3. Fatores Dificultadores na Intervenção da Equipa de Enfermagem face às Situações de PCR

Nesta área temática emergiram sete categorias e procurou-se conhecer, quais os fatores dificultadores na intervenção da equipa de enfermagem face às situações de PCR. Assim, ao realizar a análise de conteúdo contactou-se que as afirmações dos entrevistados se enquadravam nas categorias do Quadro 7.

Quadro 7 - Fatores Dificultadores na Intervenção da Equipa de Enfermagem face às Situações de PCR (síntese)

Categoria	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9
Inexperiência na prática de RCP	x	x		x	x	x	x		x
Articulação das Equipas							x		
Défice de Rácio Enfermeiro - Doente		x							
Utilização do carro de emergência			x						
Gestão do stress				x					
Dilema ético								x	
Estrutura física									x

Inexperiência na prática da RCP

Sete dos nove enfermeiros que participaram no estudo identificaram a inexperiência na realização da RCP como um dos fatores dificultadores da intervenção da equipa de enfermagem perante a pessoa com PCR.

E1 “(...) falta de prática (...) ocorrendo poucos casos, pouco se pratica, e não estamos com tanta destreza (...)”

E2 “(...) também a inexperiência (...) não decorrer com frequência no serviço e uma pessoa não estar tão familiarizada, não ter tanta destreza para agir (...)”

E6 “(...) as vezes também é difícil reconhecer que o doente está na eminência de parar com a inexperiência de alguns enfermeiros.”

Num serviço de internamento o contacto com PCR e consequente execução da RCP nem sempre é frequente o que pode levar a que haja pouca experiência neste campo. A equipa de enfermagem afeta ao serviço em questão é uma equipa jovem, como se pode constatar através dos participantes do estudo seis em nove enfermeiros trabalham à menos de 10 anos. Nori [et. al.] (2012) concluiu no seu estudo que embora todos os enfermeiros tivessem recebido treino de RCP durante a licenciatura os conhecimentos sobre este assunto eram pobres. Quanto menor for o contacto com RCP, menor é a retenção de

conhecimentos e habilidades ainda que após o treino os profissionais atingissem um nível satisfatório de conhecimentos (Almeida [et. al.], 2011). Também Bertoglio [et. al.] (2008) corrobora este ponto de vista afirmando que o conhecimento sobre o SBV e a RCP se encontram, por um lado, ligados com o tempo de treino, mas por outro lado também com o local de trabalho, que confere maior ou menor exposição dos profissionais às situações de emergência.

Articulação das equipas

Apenas um dos participantes do estudo referiu que a articulação das equipas presentes, era um fator dificultador.

E7 “(...) estas situações acabam sempre por ser muito complexas, muito confusas e a articulação entre as várias equipas às vezes pode não correr da melhor maneira (...)”

Em situações de emergência o trabalho em equipa torna-se fundamental e a articulação entre as várias equipas, equipa de enfermagem do internamento e a equipa de emergência é fulcral para que o decorrer da RCP seja satisfatório. Muitas vezes a RCP inicia-se de forma atribulada e com a chegada da equipa de emergência, os diferentes papeis devem ser identificados para que cada um se possa dedicar a uma função específica. Rajeswaran e Ehlers (2013) afirmam que vários problemas comunicacionais têm sido reportados e que a falta de comunicação e de procedimentos standardizados aumenta a probabilidade de dano para a pessoa e a insatisfação dos profissionais. Os mesmos autores afirmam ainda que os papeis e as responsabilidades quer de uma equipa, quer da outra devem estar sempre definidos para reduzir a ambiguidade de papeis.

Défice de rácio Enfermeiro Doente

Também apenas um enfermeiro referiu que o défice de rácio Enfermeiro – Doente era um dos fatores que interferia negativamente na intervenção da equipa de enfermagem perante a pessoa em PCR.

E2 “(...) o número insuficiente de enfermeiros, para o número de doentes e às vezes não há a vigilância devida (...)”

O elevado número de doentes para um enfermeiro pode comprometer a vigilância, mas também a atuação durante a RCP. Estudos, indicam que a falta de pessoal causa cargas de trabalho excessivas e podem ter impacto negativo sobre as intervenções de RCP, existindo turnos em que apenas estão presentes dois enfermeiros, o que implica que um deles inicie as manobras de reanimação enquanto o outro tenta contactar o médico

(Rajeswaran & Ehlers, 2013). A qualidade da RCP é muitas vezes variável devido à fadiga dos profissionais, acrescentando o facto de muitas PCR ocorrerem em períodos de menos número de profissionais como noites e fins-de-semana (Heng [et.al.], 2011).

Utilização do Carro de Emergência

A dificuldade na utilização do carro de emergência foi abordada por um dos enfermeiros que participou no estudo.

E3 “(...) tirar material rápido do carrinho para mim, eu penso que seja uma situação que dificulte, porque se eu vou abrir o carrinho e pedem um determinado, uma determinada cânula ou um determinado material e eu não sei exatamente em que gaveta é que ele está, ter que as abrir a todas e procurar isso pode demorar tempo, e posso precisar da ajuda da colega (...)”

No Hospital onde foi realizado o estudo existe um Carro de Emergência em cada ala de prestação de cuidados. O carro de emergência funciona como um armário onde são colocadas as drogas e os materiais utilizados numa situação de emergência (Silva [et. al.], 2013). Existe ainda um protocolo sobre este equipamento, bem como normas de verificação periódicas, que são realizadas mensalmente. Macias e Col citados por Lima [et. al.] (2010) enfatizam a necessidade de todo o material ser verificado periodicamente, dando ainda relevância ao facto de que toda a equipa de cuidados deve estar familiarizada com o conteúdo dos carros de emergência, e não apenas os profissionais de enfermagem. O mesmo autor aponta ainda para que o fator mais comum de não funcionamento de algum material do carro de emergência se deve à falta de conhecimento ou de treino do profissional que a usa ou ainda pela não reposição ou manutenção preventiva.

Gestão do stress

Um dos entrevistados considerou que a gestão do stress era um fator dificultador na sua intervenção perante a pessoa em PCR.

E4 “(...) com o facto de ter uma pessoa em paragem aqui à frente pode, pronto, por uma pessoa num bloqueio mental, a pessoa pode acabar por morrer, o profissional nessas circunstâncias pode ceder um pouco ao stress e não pensar corretamente no que fazer (...)”

Em ambiente hospitalar, o trabalho dos enfermeiros é altamente stressante podendo levar a problemas como desmotivação, insatisfação profissional, absentismo e tendência a abandonar a profissão (Coelho, 2011). O stress é então uma exigência que acaba por pôr

à prova os recursos que cada indivíduo tem para enfrentar um problema que encontra no dia-à-dia (Henriques in Coelho, 2011).

DalSasso e Souza citados por Souza e Oliveira (2010) afirmam que o sentimento de stress criado numa situação de PCR, dificulta o desempenho da equipa de enfermagem, uma vez que durante o descontrolo emocional o seu desempenho é comprometido, ficando a qualidade dos cuidados prestados afetada, mesmo que o profissional seja conhecedor do procedimento de RCP.

Dilema ético

Um enfermeiro identificou como fator dificultador o dilema ético em que muitas vezes a equipa de enfermagem é colocada perante uma situação de PCR.

E8 “Neste contexto de serviço será sobretudo saber efetivamente aquelas que têm indicação para suporte avançado de vida e as que não.”

E8 “Há ali algumas zonas cinzentas sempre, que sobretudo, será na questão de ativação do suporte avançado de vida, acho que é um fator dificultador, não é, porque, é um fator dificultador para sabermos definir e ser criteriosos nessa situação.”

Em um estudo (Rajeswaran & Ehlers 2013), concluiu-se que muitas vezes os médicos tinham alguma incerteza sobre a ressuscitação de doentes crónicos, e uma vez que levam algum tempo a chegar ao local da PCR a equipa de enfermagem fica com dúvidas sobre o início das manobras de RCP, e estas atitudes agravam a incerteza, o stress e a fadiga dos enfermeiros.

Este dilema ético, a par de outros, que de forma tão comum nos deparamos durante a prática clínica está intimamente ligado com os controversos temas da eutanásia vs distanásia. Segundo Nunes (1996, p.142) “A eutanásia refere-se à morte intencional de um doente, a seu pedido, por ação ou omissão”. E segundo o Código Deontológico dos Enfermeiros (2005, p.257)

“Por distanásia entende-se comumente o prolongamento do tempo de morrer, através da utilização de meios de tratamento desproporcionados ou inúteis”.

Isto é a eutanásia não é nada mais que um encurtamento do tempo de vida e a distanásia é um prolongar do tempo de morrer.

Por vezes estas decisões são controversas e como ressalva o código deontológico do enfermeiro (2005, p. 260):

“O enfermeiro é responsável pelas decisões que toma e pelos atos que pratica. Deve por isso avaliar, em consciência, as razões que o poderão levar a recusar a participação em medidas terapêuticas ou de reanimação. A sua decisão, sempre dependente dos conhecimentos e competências que detêm, deverá fundamentar-se na evidência e considerar o melhor interesse do doente – entendido como a restauração ou preservação das funções vitais, o alívio do sofrimento e a manutenção ou promoção da qualidade de vida.”

Segundo Nunes (2008) quando estamos perante uma doença irreversível e terminal, o estabelecimento da ordem de não reanimar é eticamente legítima se tais intervenções forem consideradas desproporcionadas para a situação do doente. Importa então seguir uma política clara e tomar a decisão de DNR em equipa, de forma a que todos os profissionais sejam conhecedores de tal decisão.

Estrutura física

A estrutura física do edifício foi descrita por um enfermeiro como fator dificultador.

E9 “(...) a estrutura física não nos permite pedir ajuda logo numa fase imediata (...)”

O serviço onde decorreu o estudo, possui corredores compridos e quartos duplos ou individuais, o que aumenta a dificuldade de comunicação com outros colegas que se encontrem no serviço, uma vez que podem estar dentro de um quarto e não ouvir o pedido de ajuda. Também os quartos duplos e individuais, apesar de proporcionarem um maior conforto para a pessoa internada, acabam na nossa opinião por dificultar a tarefa de vigilância dos doentes.

Em síntese, Souza e Oliveira (2010) afirmam que muitos profissionais de unidades de internamento não se sentem preparados para atuar no caso de emergências que evoluem para PCR, uma vez que não presenciam frequentemente situações de PCR, levando a dificuldades em lidar com controlo emocional, a identificar uma PCR, falta de conhecimentos, habilidades e destreza, insegurança e dificuldade no manuseio dos materiais de emergência, o que vai de encontro aos dados constatados neste estudo. Os dados encontrados neste estudo são também corroborados por Moreira (2015) que enumera como fatores dificultadores perante uma situação de PCR: fatores relacionados com a inexperiência do enfermeiro, relacionados com o défice de conhecimentos (nos

procedimentos e na utilização dos equipamentos, relacionados com os recursos, humanos e matérias, relacionadas com as condições físicas e ainda com a tomada de decisão de reanimar e não reanimar.

5.2.4. Fatores potenciadores na intervenção da equipa de enfermagem face às situações de PCR

Através desta área temática procurou-se conhecer, na ótica dos enfermeiros, quais os fatores potenciadores na intervenção da equipa de enfermagem face às situações de PCR. Deste modo, ao realizar a análise de conteúdo contactou-se que as afirmações dos entrevistados se enquadravam nas categorias do Quadro 8.

Quadro 8 - Fatores potenciadores na intervenção da equipa de enfermagem face às situações de PCR (síntese)

Categoria	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9
Formação			x	x	x	x		x	x
Experiência em situações de PCR			x	x	x	x	x		
Gestão de Stress	x								
Trabalho em Equipa	x	x							
Concentração	x								
Rácio Enfermeiro – Doente		x							
Estrutura Organizacional	x							x	

Formação

Seis enfermeiros identificaram que a formação é um fator potenciador na intervenção da equipa de enfermagem perante a pessoa com PCR.

E3 “(...) quanto mais formação (...) a formação é sempre um ponto positivo (...)”

E4 “(...) e a teoria muito presente, (...) uma pessoa sabendo bem o que fazer, facilita, digamos assim, a cadeia de acontecimentos (...)”

E6 “Os potenciadores, é a formação (...)”

E9 “Provavelmente haver formação nesta área, alertar os profissionais de saúde, não só os enfermeiros, mas também as auxiliares de ação médica é essencial (...) a experiencia vai-se adquirindo.”

Vários autores concordam que a retenção de habilidades (cognitivas e motoras) para a RCP decrescem com o passar do tempo, após a formação e treino. Neste seguimento, uma educação continua contribui para um desenvolvimento e aprimoramento teórico e pratico

aumentando a segurança e confiança dos profissionais (Souza, Oliveira 2010). A formação e treino devem ser aplicadas trimestral ou semestralmente uma vez que há um evidente declínio do conhecimento com o passar do tempo. Deste modo torna-se compreensível o porquê da maioria dos enfermeiros ter considerado a formação como um fator potenciador, pois só a formação é capaz de dar à equipa de enfermagem as ferramentas necessárias para colocar em prática numa situação de PCR. O conhecimento dos protocolos vigentes e das *guidelines* assume então um lugar de destaque para a os profissionais de enfermagem se sentirem seguros para atuar numa situação de PCR. Também Moreira (2015) constata no seu estudo que os enfermeiros consideram a formação um dos fatores potenciadores da sua intervenção face a situações de PCR.

Experiência em situações de PCR

A experiência em situações de PCR foi mencionada por seis enfermeiros como um fator potenciador da intervenção da equipa de enfermagem.

E5 “(...) uma equipa também mais experiente nesses contextos também geralmente ajuda.”

E6 “(...) e a vivência da maior parte das paragens, quando nós, eu pessoalmente sempre que há uma paragem vou, aprende-se sempre coisas novas.”

E7 “(...) e a parte da experiência prática / clínica (...)”

Muitas vezes nos serviços de internamento a ocorrência de PCR é reduzida o que acaba por proporcionar pouca experiência aos enfermeiros que lá trabalham, no entanto é compreensível que os enfermeiros apontem esta experiência como fator potenciador, uma vez que os peritos acabam por ter uma enorme experiência, compreendendo de maneira intuitiva cada situação e apreendendo diretamente o problema sem se perderem com soluções secundárias (Benner, 2001).

Chua [et. al.] (2013) sugere que num estudo que realizaram ficou evidente que profissionais mais experientes acabam por se aperceber da deterioração do estado clínico da pessoa baseado num instinto profissional, ou seja funciona como se a experiência passada lhe dissesse que algo não estava correto com a pessoa mesmo não havendo ainda sinais concretos.

Neste seguimento, um enfermeiro sugeriu, que poderia ser uma mais valia, passar pela unidade de cuidados intensivos ou emergência para poder ter uma experiência mais rica, neste âmbito, e assim permitir uma atuação de maior qualidade.

E9 “(...) fazer um tempo lá para a unidade de emergência ou assim, para vivermos essas experiências, porque nós às vezes o que damos numa formação, na prática não é a mesma coisa, fazer a formação e ter a prática, a própria experiência.”

Assim a experiência acaba por dar uma maior segurança na atuação e aumentar os níveis de satisfação dos profissionais envolvidos.

Gestão de Stress

De acordo com o apresentado nos aspetos dificultadores, também um enfermeiro considerou um aspeto potenciador da intervenção da equipa de enfermagem face à pessoa com PCR, a gestão do stress.

E1 “(...) manter a frieza (...) tentar não entrar em stress (...)”

A gestão positiva do stress vivenciado numa situação de emergência permite ao enfermeiro uma atuação mais sóbria e com menos danos para o seu psicológico. Esta gestão do stress pode ser facilitada por um trabalho em equipa de qualidade, por uma bagagem teórica e treino consolidado, entre outros fatores. Segundo Moreira (2015) uma das estratégias que pode ser utilizada para o alívio do stress é a partilha de experiências na equipa.

Trabalho em equipa

Dois dos participantes no estudo consideraram o trabalho em equipa como um fator facilitador.

E1 “(...) é trabalhar em equipa (...)”

E2 “O que ajuda é o trabalho em equipa, é haver colaboração e todos trabalharem e agirem de maneira que se possa reverter a situação atempadamente.”

Definida pela Ordem dos Enfermeiros (2011a) como competência do enfermeiro a promoção de cuidados de saúde interprofissionais, o trabalho em equipa acaba por ser também responsabilidade deste. O enfermeiro deve, então, assumir o seu papel numa equipa pluriprofissional, mantendo a pessoa no centro dos seus cuidados, utilizando como ferramentas uma comunicação eficaz que permita a elaboração e execução de planos de cuidados.

Holanda [et. al.] (2014) também definem o trabalho em equipa como uma competência básica do enfermeiro perante uma emergência e agrega-lhe sete competências associadas:

- Cooperação: capacidade de prestar ajuda para o alcance de um objetivo comum;
- Comunicação: capacidade de transmitir uma mensagem;
- Discernimento: capacidade de reconhecer e diferenciar potencialidades e limites;
- Eficácia: capacidade de atingir o resultado esperado
- Eficiência: capacidade de realizar o trabalho com maior rendimento diante dos recursos existentes;
- Equilíbrio Emocional: capacidade de agir através de comportamento que privilegiem o controlo das emoções perante as adversidades u mudanças no trabalho;
- Respeito: capacidade de aceitar diferenças, vontades com atitudes e comportamentos manifestados no cotidiano.

Moreira (2015) comprovou também, no seu estudo, que o trabalho em equipa é um fator facilitador na intervenção da equipa de enfermagem, uma vez que para a recuperação e estabilização do doente é necessário a realização de um trabalho harmonioso e sincronizado, pela equipa.

Concentração

Um dos enfermeiros valorizou a concentração como aspeto potenciador da sua intervenção, perante a pessoa em PCR.

E1 “(...) a concentração (...)”

A concentração mental é o processo que permite ao enfermeiro que a sua atenção seja centrada numa só atividade, sem que haja distrações e interrupções, permitindo um melhor fluir do pensamento e consequentemente das decisões a tomar. Numa situação de atuação perante uma pessoa em PCR, pensamos que a concentração ajuda a que todos os cuidados realizados tenham um fio condutor de forma a conseguir alcançar o objetivo final.

Rácio Enfermeiro – Doente

O rácio enfermeiro – doente foi relatado como um dos aspetos potenciadores da equipa de enfermagem.

E2 “(...) ter uma equipa com o número de elementos suficientes, tanto de enfermagem como da restante equipa (...)”

Tendo em conta os itens já abordados nos aspetos dificultadores, apraz-nos dizer que se a equipa de enfermagem tiver os rácios recomendados, vai permitir a realização de todas as tarefas necessárias durante a RCP, sem sobrecarga de trabalho e sem descuidar os cuidados aos restantes doentes internados. Também ficou patente no testemunho deste enfermeiro a preocupação com a restante equipa, isto é, também a equipa de assistentes operacionais, acabam por colaborar na RCP, e daí a importância de existirem também elementos suficientes. Rajeswaran e Ehlers (2013) recomenda que as cargas de trabalho dos enfermeiros devem ser realistas para travar o efeito negativo nas intervenções de RCP, quando há excesso de trabalho.

Estrutura organizacional

Dois enfermeiros identificaram que a estrutura organizacional do local onde trabalham são aspetos potenciadores da intervenção da equipa de enfermagem perante a pessoa em PCR.

E8 “(...) numa situação de paragem cardiorrespiratória a forma como a equipa de reanimação está organizada e a forma como chega rapidamente ao serviço é um meio potenciador do sucesso destas situações de reanimação.”

E1 “(...) equipas multidisciplinares disponíveis (...)”

De acordo com as *guidelines* em vigor, a instituição hospitalar em questão dispõe de uma equipa de emergência, o que na opinião dos enfermeiros contribui para o sucesso da RCP, uma vez que após o contacto com a mesma, esta chega ao local da ocorrência em breves minutos. Também o facto de esta equipa trazer elementos com experiência em atuação perante a PCR é uma mais valia, uma vez que como já foi abordado a experiência permite uma melhor performance. Também a estrutura organizacional, tem previsto formação anual de SBV para todos os colaboradores, embora o recomendado na literatura consultada seja trimestral ou semestral. A nível da disponibilidade de materiais, todos os serviços dispõem de um carro de emergência, e o restante material como o monitor e desfibrilhador é trazido pela equipa de emergência.

Rajeswaran e Ehlers (2013) alerta no seu estudo que o desafio organizacional que influencia negativamente a RCP prende-se com equipas com excesso de trabalho, equipamento não funcional, ausência de equipas de reanimação, atitudes médicas negativas, problemas de comunicação, ausência de *guidelines* e inadequada política de treino. Assim os mesmos autores concluíram que se as equipas não

tiverem acesso a equipamento e drogas necessárias, bem como guidelines específicas terão dificuldades durante a RCP, mesmo que detenham alto nível de formação e experiência.

Em suma foram abordados vários aspetos que na opinião dos enfermeiros potenciam a intervenção de enfermagem face à pessoa em PCR. Segundo Souza e Oliveira (2010) para que a intervenção da equipa de enfermagem esteja facilitada e tenha sucesso na RCP o enfermeiro deve ser visto como um elemento fundamental neste processo, são importantes os conhecimentos técnico-científicos, a liderança e o domínio das emoções. Os mesmos autores alertam ainda que para um bom atendimento perante a PCR é necessário uma boa preparação técnica e recursos disponíveis. No seguimento dos dados obtidos neste estudo, Zanini [et. al.] (2006) também constaram que para manter uma equipa de enfermagem preparada para atuar em situações de PCR é necessária formação e treino, é essencial o conhecimento da sequência de atuação, a tranquilidade, distribuição coordenada das tarefas, que aparece ligada ao trabalho em equipa, à rapidez e à calma.

5.2.5. Aspetos que contribuem para uma atuação eficaz perante uma situação de PCR

Por fim, através desta área temática procurou-se conhecer, na perspetiva dos enfermeiros, quais os aspetos que contribuem para uma atuação eficaz perante uma situação de PCR. Deste modo, ao realizar a análise de conteúdo contactou-se que as afirmações dos entrevistados se enquadravam nas categorias do Quadro 9.

Quadro 9 - Aspetos que contribuem para uma atuação eficaz perante uma situação de PCR (síntese)

Categoria	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9
Conhecimento	x		x	x			x		
Treino	x						x		
Comunicação	x								
Saber agir	x	x	x		x	x			
Disponibilidade de materiais	x								

Conhecimento

Quatro dos enfermeiros entrevistados consideraram que os conhecimentos são um dos fatores que contribuem para uma atuação eficaz perante uma situação de PCR.

E1 “(...) claro ter conhecimentos (...)”

E3 “(...) os conhecimentos que tenho sobre a situação (...)”

E4 “(...) uma pessoa saber, concretamente, pronto, saber ao certo, sem entraves, o que deve fazer corretamente os passos das manobras de suporte básico, saber as cadeias, o que fazer primeiro, o que fazer a seguir, acho que ajuda a ter uma atuação mais eficaz (...)”

O conhecimento sobre SBV e a RCP está diretamente ligado com o treino e com o local onde os enfermeiros exercem funções, uma vez que profissionais que trabalham em locais onde utilizam com frequência o monitor cardíaco e o desfibrilhador têm mais conhecimento (Bertoglio [et. al.], 2008).

Brião [et. al.] (2009) alertam para o facto do conhecimento teórico da equipa de enfermagem após seis meses do ultimo treino ser baixo, e vai ainda mais longe dizendo que a retenção do conhecimento é segura até ao período de três meses, sofrendo um decréscimo significativo nos 6 a 12 meses seguintes após o ultimo treino.

A motivação para aprender sobre SBV e RCP também é diferente para profissionais que trabalham em áreas diferentes, isto é, profissionais que trabalhem onde as pessoas têm um risco maior de PCR, encontram-se mais motivados para a aprendizagem nesta área (Passali [et. al.], 2011).

Treino

O treino foi referenciado por dois enfermeiros como um dos aspetos que contribui para uma atuação eficaz.

E1 “(...) a destreza (...) e prática (...)”

E7 “O treino”

Souza e Oliveira (2010) concluíram no seu estudo que a falta de treino diminui a capacidade de atuação perante uma pessoa em PCR. O treino da RCP torna-se imperativo uma vez que aumenta a segurança das pessoas, através do aumento de conhecimentos e aptidões dos enfermeiros, promovendo um bom sentido de autoeficiência e autoeficácia na sua própria atuação (Roh [et. al.], 2013).

O uso de manequins de alta fiabilidade é recomendado pelo European Resuscitation Council (2015) e este destaca que o treino de competências não técnicas – comunicação, liderança e responsabilidade são um complemento essencial, que não deve ser ultrapassado, defendendo que este tipo de treino deve ser incorporado em cursos de suporte de vida.

Concluindo, o treino de habilidades e conhecimentos para a realização de RCP aumenta as competências para assegurar uma RCP efetiva perante uma emergência. (Nori, [et. al.] 2012), quanto menor o tempo decorrido após o treino melhor o desempenho a nível dos conhecimentos (Bertoglio [et. al.], 2008) e a simulação de situações reais de RCP aumentam a perceção dos enfermeiros da autoeficácia e da sua satisfação (Roh [et. al.], 2013).

Deste modo, importa refletir sobre o facto de apenas dois enfermeiros terem referido que o treino era um dos aspetos que contribuía para uma intervenção eficaz. Este facto pode estar relacionado com a já existência de formação com treino incluído, sobre SBV, uma vez por ano para cada colaborador, no entanto a literatura recomenda que este seja repetido de três a seis meses. Também o facto de não existirem muitas PCR no serviço em questão poderá interferir com a motivação dos profissionais.

Comunicação

Um dos enfermeiros considerou que uma boa comunicação contribuía para uma atuação eficaz em situações de emergência.

E1 “(...) uma boa comunicação, quer entre equipa quer para a emergência (...)”

A comunicação, ferramenta fundamental na relação quer terapêutica, quer interprofissional e assume também um papel de destaque em situações de emergência, nomeadamente em situações de PCR. A clareza da informação, transmitida e recebida acaba por ser fulcral, uma vez que muitas vezes as intervenções que estão a ser realizadas requerem sincronização e os erros de comunicação podem pôr em causa uma intervenção de qualidade perante a pessoa em PCR.

Saber agir

Cinco dos enfermeiros participantes no estudo deram destaque ao saber agir, como aspeto que contribuiu para uma intervenção eficaz perante a PCR.

E2 “(...) detetar atempadamente a situação de paragem ou pré-paragem (...)”

E3 “(...) a nível da atitude de ver-agir-fazer, e pronto é a agilidade com que nós fazemos as coisas e iniciamos a manobra (...)”

E6 “Primeiro a deteção da paragem depois chamar ajuda diferenciada e atua de imediato, parece-me que são estes três os fatores mais importantes.”

Os enfermeiros consideraram que conhecer os passos de atuação perante a pessoa com PCR é fundamental. Zanini [et. al.] (2006) afirma que para a recuperação de uma pessoa em PCR é fundamental o reconhecimento precoce e uma intervenção de forma organizada. A chamada de ajuda simultaneamente com o início das manobras de RCP assumem também elevada relevância no sucesso da intervenção. Consideramos então que o conhecimento do algoritmo de atuação permite que o enfermeiro possa detetar a PCR e agir rapidamente, com base nos protocolos e guidelines, de forma a recuperar a pessoa deste evento adverso.

Disponibilidade de materiais

Um dos enfermeiros participante do estudo considerou que a disponibilidade de materiais é fundamente para uma atuação eficaz.

E1 “(...) ter materiais disponíveis (...) mas ter os materiais todos disponíveis (...)”

Como já abordados anteriormente a existência e acessibilidade aos materiais necessários durante a PCR é fundamental para uma atuação eficaz. Em regra, o material necessário, encontra-se organizado no carro de emergência e este foi desenvolvido para maximizar a intervenção e a eficácia em situações críticas, em que segundos podem fazer a diferença para a vida da pessoa (Ghonaimy [et. al.], 2013). O facto de o monitor e o desfibrilhador virem com a equipa de emergência pode, por um lado ser um fator de stress uma vez que a inexistência ou a dificuldade de utilização do monitor, pode atrasar a deteção da PCR e a intervenção atempada, por outro lado como a equipa de emergência se desloca rapidamente ao local, o tempo decorrido, acaba por não ter muita influencia, uma vez que ainda se mantem a janela terapêutica para a desfibrilhação.

Segundo Lima [et. al.] (2010) o sucesso da RCP está dependente de fatores ligados com a pessoa (idade, comorbilidades, ritmo de PCR, local da PCR), ligados com a estrutura hospitalar (existência de equipas de emergência, materiais) e por últimos ligados com os profissionais envolvidos (capacidade para diagnostico precoce, desfibrilhação, reanimação realizada e normas vigentes). Autores como Bellan [et. al.] (2010), Roh [et. al.], (2013) e Nori [et. al.], (2012) concluem que a formação e o treino aumentam a competência e o sentimento de eficácia dos enfermeiros.

CONCLUSÃO

Neste último capítulo pretendemos apresentar as conclusões do trabalho realizado, as suas limitações e sugestões de melhoria e de investigação para o futuro com vista à prática de enfermagem com qualidade.

Tendo como ponto de partida a questão de investigação deste estudo e a sua sustentação teórica, conseguimos através dos resultados do estudo realizado perceber as experiências dos enfermeiros, numa situação de PCR, no serviço de ortopedia, nas várias perspetivas que nos propusemos.

Percebemos que os enfermeiros conhecem as fases de atuação perante a pessoa com PCR. Reconhecem a necessidade e importância da deteção precoce, o avançar para as manobras de SBV e o contacto imprescindível com a equipa de emergência, a fase da recuperação do doente e seu encaminhamento, os dilemas com a tomada de decisão sobre a reanimação, ou quando o desfecho não é o pretendido, a verificação do óbito. Estas fases acabam por ir de encontro às recomendadas pelo European Resuscitation Council (2010), no entanto, não foi referenciado por nenhum enfermeiro os cuidados pós reanimação que devem ser prestados, o que nos pode remeter para uma lacuna na formação.

Ficou patente que as competências mobilizadas pelos enfermeiros numa situação de PCR se prendem com as competências técnico-científicas, a capacidade de decisão para a ação, capacidade de controlo das emoções, capacidade física, competências comunicacionais bem como a capacidade de liderança. Todas estas competências vão de encontro ao preconizado, e permitem uma atuação orientada para os objetivos e para a qualidade, no entanto devem ser trabalhadas a fim de um maior desenvolvimento.

Os participantes do estudo identificaram vários fatores dificultadores da intervenção de enfermagem face à pessoa com PCR. A inexperiência na prática da ressuscitação cardiopulmonar foi a mais referenciada, também a articulação das equipas, o défice de rácios enfermeiro-doente, a utilização do carro de emergência, a gestão do stress, o dilema ético que a RCP envolve e a estrutura física foram fatores referenciados como dificultadores.

Como aspetos potenciadores da equipa de enfermagem face à pessoa com PCR houve destaque para a formação, a experiência em situações de PCR, a capacidade para a gestão do stress, o trabalho em equipa, a concentração e o rácio adequado enfermeiro-doente e a estrutura organizacional. Na ótica dos enfermeiros estes são os fatores que potenciam a sua intervenção nas situações de PCR.

Concluímos que os enfermeiros consideraram que os fatores que permitem uma atuação eficaz perante uma pessoa em PCR são o conhecimento, o treino, o saber agir, a disponibilidade de materiais e a comunicação.

Na intervenção sobre a pessoa em PCR, importa referir, que embora na nossa opinião um enfermeiro generalista possa prestar cuidados de enfermagem de qualidade, consideramos que a presença de um enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica poderá trazer mais valia num cuidado de qualidade, como parte integrante da equipa multidisciplinar e profissional de referência para a equipa de enfermagem nas situações de emergência.

Mesmo num serviço de internamento onde não ocorrem todos os dias PCR, os profissionais devem estar preparados para uma atuação de qualidade. O mundo do SBV e do SAV exige amplos conhecimentos para que o profissional se sinta seguro na atuação e satisfeito com a sua própria prestação. No momento, onde a linha da vida e da morte se fundem, todas as emoções são passíveis de ocorrer, dúvidas e hesitações invadem os pensamentos e são capazes de bloquear o profissional mais experiente. Deste modo deve ser executado tudo o que está ao nosso alcance para o controlo de todas as variáveis. A elaboração desta dissertação foi de encontro às motivações pessoais e preocupações do dia-a-dia de trabalho num serviço de internamento de ortopedia. A sua construção permitiu uma aprendizagem sustentada neste âmbito através da obtenção de respostas aos diversos objetivos e da partilha gerada no seio da equipa de enfermagem. A pesquisa realizada, sem dúvida, aumentou o nosso interesse nesta área, permitiu comparar realidades de outros países com a nossa realidade tendo permitido um enriquecimento quer a nível pessoal, quer a nível profissional.

As limitações deste estudo prenderam-se com o facto de ser apenas limitado a um serviço de internamento de um hospital, e também com o tempo limitado para a realização do estudo, fruto da dificuldade de articulação da vida profissional com a vida académica. Como aspetos positivos desta investigação, é de salientar que a aplicação das entrevistas semiestruturadas permitiu uma partilha de experiências subjetivas de cada enfermeiro, sobre o tema em questão. Além disso o conhecimento dos fatores facilitadores e dificultadores vivenciados pela equipa, as competências mobilizadas e os aspetos que contribuem para uma atuação eficaz permitem encontrara áreas de intervenção através da formação que contribui para uma melhoria na qualidade dos cuidados, uma vez que o

aumento do conhecimento neste âmbito, poderá abrir caminho a novos projetos e estudos com vista à excelência dos cuidados prestados.

Os resultados deste estudo sugerem que seria importante realizar formação e treino no âmbito do SVB e SAV a cada três a seis meses, conforme o preconizado, e estas formações deveriam incluir a manipulação do carro de emergência e respetivos materiais, bem como treino de competências comunicacionais e de liderança, trabalho em equipa e gestão de stress, em outras consideradas pertinentes. Espaços informais de reflexão no seio da equipa de enfermagem ou multidisciplinar, podem também ser estratégias que aumentem a satisfação dos profissionais de enfermagem e consequentemente a qualidade dos cuidados para a pessoa. Também foi sugerido por um dos participantes, a possibilidade de realização de estágios na equipa de emergência / unidade de cuidados intensivos polivalentes a fim de aumentar a experiência dos enfermeiros na atuação perante a pessoa com PCR, uma vez que não é muito frequente no serviço onde exercem as suas funções. Consideramos que, seria ainda de ponderar a adoção de um sistema de pontuação de alerta precoce para através de parâmetros fisiológicos simples e avaliações habituais efetuar uma gestão do risco de degradação do estado clínico dos doentes, adequando desta forma vigilância realizada, pelo que propomos a adoção do *SPAP VIEWS* ou do *SPAP NEWS*, que já se encontram validados para a população portuguesa.

Ao nível da investigação consideramos pertinente a elaboração deste estudo noutras unidades de internamento, nomeadamente noutros serviços de ortopedia, para posterior comparação dos resultados. Seria também interessante, realizar um estudo para tentar perceber de que forma os conhecimentos e habilidades para a realização da RCP decrescem ao longo do tempo, no sentido de perceber qual a realidade em Portugal e comparar com estudos já publicados no estrangeiro, para assim poder ser determinada ao certo, qual o tempo máximo que deve decorrer entre cada formação e treino dos enfermeiros, permitindo assim uma intervenção de qualidade.

Num momento em que a tecnologia avança a um ritmo inestimável e a atualização permanente se impõe, quanto mais conhecermos a forma como atuamos, mais a podemos melhorar e trabalhar. Quanto mais treino for feito mais resultados serão alcançados. Quanto mais investirmos mais longe chegaremos. A investigação na enfermagem, assume um papel, cada vez mais importante como agente de mudança de comportamentos, práticas e atitudes. A principal motivação impulsionadora deste estudo foi o contributo para o aumento da qualidade de cuidados prestados pelos enfermeiros à pessoa em

situação de PCR no serviço de ortopedia. A formação, o treino e espaços informais de reflexão poderão ser estratégias a adotar para uma maior satisfação quer do utente, quer dos profissionais de enfermagem. Esta caminhada que agora termina, fez-nos repensar todas as atuações experienciadas neste âmbito e refletir acerca destas. Consideramos que foi um percurso difícil, mas compensador, sempre com vista a um conhecimento maior da equipa e das suas práticas na atuação perante uma pessoa em PCR, de forma a poder contribuir para uma maior qualidade dos cuidados com vista a uma enfermagem baseada na evidência científica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Angélica Olivetto De, ESMENIA, Izilda, DALRI, Maria Celia Barcellos and ARAÚJO, Sebastião, 2011, Conhecimento teórico dos enfermeiros sobre parada e ressuscitação cardiopulmonar, em unidades não hospitalares de atendimento à urgência e emergência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. 2011. Vol. 19, no. 2. Available from: www.eerp.usp.br/rlae

BARDIN, Lourence, 2009, *Análise de Conteúdo*. Edições70, Ltd. ISBN 987-972-44-1506-2.

BASTOS, António, RODRIGUES, Manuel, CARNEIRO, António H., NEUTEL, Elizabete, REIS, Abílio, PEREIRA, Alexandre and MARTINS, Alfredo, 2011, *Manual do Curso de Evidência na Emergência*. ISBN 9789899682108.

BELLAN, Margarete Consorti, ARAÚJO, Izilda Ismenia Muglia and ARAÚJO, Sebastião, 2010, Capacitação teórica do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2010. Vol. 63, no. 6, p. 1019–1027. DOI 10.1590/S0034-71672010000600023.

BENNER, Patricia, 2001, *De iniciado a perito*. ISBN 972-8535-97-X.

BERTOGLIO, Vanderléia Morlim, AZZOLIN, Karina, SOUZA, Emiliane Nogueira De and RABELO, Eneida Rejane, 2008, Tempo decorrido do treinamento em parada cardiorrespiratória e o impacto no conhecimento teórico de enfermeiros. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2008. Vol. 29, no. 3, p. 454–460.

BRIÃO, Renata Da Costa, SOUZA, Emiliane Nogueira de, CASTRO, Raquel Azevedo de and RABELO, Eneida Rejane, 2009, Cohort study to evaluate nursing team performance in a theoretical test after training in cardiopulmonary arrest. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2009. Vol. 17, no. 1, p. 40–45. DOI 10.1590/S0104-11692009000100007.

CANOVA, Jocilene de Carvalho Miraveti, 2012, *Parada Cardiorespiratória e*

Ressuscitação Cardiopulmonar: vivências da equipe de enfermagem de um Hospital Escola. Universidade de São Paulo.

CHRISTENSEN, Larry B., JOHNSON, Burke and TURNER, Lisa Anne, 2011, *Research methods, design, and analysis*. ISBN 9780205701650.

CHUA, W. L., MACKEY, S., NG, E. K C and LIAW, S. Y., 2013, Front line nurses' experiences with deteriorating ward patients: A qualitative study. *International Nursing Review*. 2013. Vol. 60, no. 4, p. 501–509. DOI 10.1111/inr.12061.

COELHO, Ana Sofia de Félix e Pinto, 2011, *Stress na Prática de Enfermagem o Efeito na Qualidade dos Cuidados (Percepção dos Enfermeiros)*. Universidade do Porto.

CORREIA, Maria da Conceição Batista, 2013, *Processo de construção de competências nos enfermeiros em UCI*. Universidade de Lisboa.

DINIZ, Lucas Rampazzo, OLIVEIRA, Eliobas De, FILHO, Nunes, AUGUSTO, Jonathan, OLIVEIRA, Vidal De and VIDAL, Marcela De Lima, 2010, Os carros de emergência e o suporte avançado de vida. *Revista Brasileira Clínica Médica*. 2010. Vol. 8, no. 5, p. 399–404.

EUROPEAN RESSUSCITATION COUNCIL, 2010, Guidelines for Resuscitation. *Resuscitation*. 2010. Vol. 81.

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL, 2015, *Resumo das principais alterações nas Guidelnes em Ressuscitação*.

FORTIN, Marie-Fabienne, 2000, *O processo de investigação: da concepção à realização*. 2ª ed. ISBN 972-8383-10-X.

GAZARIAN, Priscilla K, HENNEMAN, Elizabeth a and CHANDLER, Genevieve E, 2010, Nurse decision making in the prearrest period. *Clinical nursing research*. 2010.

Vol. 19, no. 1, p. 21–37. DOI 10.1177/1054773809353161.

GHONAIMY, Sawsan, KHEDR, Yahya and BORAEI, Ahmed, 2013, Emergency Trolleys: Available and Maintained But are their Locations Known? In : *1st Annual International Interdisciplinary Confererence AIIC*. 2013. p. 24–26.

HAUCK, Katharina, ZHAO, Xueyan and JACKSON, Terri, 2012, Adverse event rates as measures of hospital performance. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*. 2012. Vol. 104, no. 2, p. 146–54. DOI 10.1016/j.healthpol.2011.06.010.

HENG, K W, FONG, M K, WEE, F C and ANANTHARAMAN, V, 2011, The role of nurses in the resuscitation of in-hospital cardiac arrests. *Singapore medical journal*. 2011. Vol. 52, no. 8, p. 611–615.

HOLANDA, Flávia Lilalva, MARRA, Celina Castagnari and CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm, 2014, Construção da Matriz de Competência Profissional do enfermeiro em emergências. *ACTA Paulista de Enfermagem*. 2014. Vol. 27, no. 4, p. 373–379. DOI 10.1590/1982-0194201400062.

INEM, 2012, *Suporte Básico de Vida*. INEM. ISBN 978-989-8646-00-2.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2014, *Estatísticas da Saúde 2012*. Instituto Nacional de Estatística. ISBN 978-989-25-0269-4.

KARAMAN, Özgür, ÖZKAZANLI, Gökhan, ORAK, Mehmet Müfit, MUTLU, Serhat, MUTLU, Harun, ÇALIŞKAN, Gürkan, KARAKUŞ, Özgün and SAYGI, Baransel, 2015, Factors affecting postoperative mortality in patients older than 65 years undergoing surgery for hip fracture. *Ulusal travma ve acil cerrahi dergisi = Turkish journal of trauma & emergency surgery : TJTES*. 2015. Vol. 21, no. 1, p. 44–50. DOI 10.5505/tjtes.2015.02582.

KATZ, Márcio, OKUMA, Marcos Antônio Akira, SANTOS, Alexandre Leme Godoy Dos, GUGLIELMETTI, Cesar Luiz Betoni, SAKAKI, Marcos Hideyo and ZUMIOTTI,

Arnaldo Valdir, 2008, Epidemiologia das lesões traumáticas de alta energia em idosos. *Acta Ortopédica Brasileira*. 2008. Vol. 16, no. 5. DOI 10.1590/S1413-78522008000500005.

LEME, Luiz Eugênio Garcez, SITTA, Maria do Carmo, TOLEDO, Manuella and HENRIQUES, Simone da Silva, 2011, Cirurgia Ortopédica em Idosos: Aspectos Clínicos. *Revista Brasileira de Ortopedia*. 2011. Vol. 46, p. 238–246.

LUÍS, Leandro, 2014, *Tradução, validação e aplicação dos sistemas de pontuação de alerta precoce “ViEWS” e “NEWS” em Portugal*. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.

MAIA, Olga and LOPES, Wilma, 2000, O Enfermeiro e a Morte. *Revista de Formação Continua em Enfermagem*. 2000. No. 12.

MALAGUTTI, William, 2007, *Bioética e Enfermagem: controvérsias, desafios e conquistas*. Rubio. ISBN 978-85-87600-95-0.

MINICK, Ptlene and HARVEY, Susan, 2003, The early recognition of patient problems among medical-surgical nurses. *Medsurg nursing: official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*. 2003. Vol. 12, no. 5, p. 291–7.

MOREIRA, Céline Sophie Marques, 2015, *A Situação de paragem cardiorrespiratória: experiências dos enfermeiros*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

NORI, J. Mokhtari, SAGHAFINIA, M., KALANTAR MOTAMEDI, M. H. and KHADEMOLV HOSSEINI, S. M., 2012, CPR training for nurses: How often is it necessary? *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2012. Vol. 14, no. 2, p. 103–106.

NUNES, Rui, 1996, Humanização na doença terminal. Comissões de ética: Das Bases teóricas à atividade quotidiana. *Centro de Estudos de Bioética*. 1996.

NUNES, Rui, 2008, *Guidelines sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais - Serviço de Bioética e ética médica*.

ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2005, *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010a, *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010b, *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011a, *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011b, *CIPE*. ISBN 978-92-95094-35-2.

PASSALI, Christina, PANTAZOPOULOS, Ioannis, DONTAS, Ismene, PATSAKI, Anastasia, BAROUXIS, Dimitris, TROUPIS, Georgios and XANTHOS, Theodoros, 2011, Evaluation of nurses' and doctors' knowledge of basic & advanced life support resuscitation guidelines. *Nurse Education in Practice*. 2011. Vol. 11, no. 6, p. 365–369. DOI 10.1016/j.nepr.2011.03.010.

PRADELLA, João Gabriel Duarte Paes, BOVO, Miguel, SALLES, Mauro José Costa, KLAUTAU, Giselle Burlamaqui, DE CAMARGO, Osmar Arbix Pedro and DE PAULA LEITE CURY, Ricardo, 2013, Artroplastia primária de joelho infectada: fatores de risco para falha na terapia cirúrgica. *Revista Brasileira de Ortopedia*. 2013. Vol. 48, no. 5, p. 432–437.

RAJESWARAN, L and EHLERS, V J, 2013, Cardio-pulmonary resuscitation challenges in selected Botswana hospitals: Nurse managers' views. *Health SA Gesondheid*. 2013. Vol. 18, no. 1. DOI 10.4102/hsag.v18i1.672.

ROH, Young Sook, LEE, Woo Sook, CHUNG, Hyun Soo and PARK, Young Mi, 2013, The effects of simulation-based resuscitation training on nurses' self-efficacy and satisfaction. *Nurse Education Today*. 2013. Vol. 33, no. 2, p. 123–128. DOI 10.1016/j.nedt.2011.11.008.

SAMPIERI, Roberto Hernández, COLLADO, Carlos Fernández and LUCIO, Pilar Baptista, 2006, *Metodologia de Pesquisa*. McGraw-Hill. ISBN 9788565848282.

SASSO, Grace T M Dal and SOUZA, Maria de Lourdes, 2006, *A simulação assistida por computador: a convergência no processo de educar-cuidar da enfermagem*. 2006.

SERRA, Luís M. Alvim, OLIVEIRA, António Fonseca and CASTRO, José Costa, 2012, *Crítérios fundamentais em fraturas e ortopedia*. ISBN 978-972-757-755-2.

SILVA, Hilderjane C, SILVA, Alanny KM, DANTAS, Rodrigo AN, PESSOA, Renata L and MENEZES, Rejane MP, 2013, Carros de emergencia: disponibilidad de los artículos esenciales en un hospital de urgencia norteriograndense. *Enfermería Global*. 1 July 2013. Vol. 12, no. 3. DOI 10.6018/eglobal.12.3.157671.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA, 2011, *Registo Português de Artroplastias*. Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia.

SOUZA, José Carlos Da Silva and OLIVEIRA, Vânia Lucia Melo De, 2010, O Conhecimento do Profissional de Enfermagem no Atendimento Algoritmo em Reanimação Cardiopulmonar na Unidade de Internação (Ui) Adulta. *Anais do Seminário de Produção Acadêmica da Anhanguera*. 2010. Vol. 2.

TERZI, Aggela- Beth, 2012, Nurse's Role in the Modern Resuscitation Era. *Hospital Chronicles*. 2012. Vol. 7, no. 1 sup, p. 25–31.

THOMPSON, Ian E, MELIA, Kath M and BOYD, Kenneth M, 2004, *Ética em Enfermagem*. ISBN 972-8383-67-3.

ZANINI, Juliana, NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira Do and BARRA, Daniela Couto Carvalho, 2006, Parada e reanimação cardiorrespiratória: conhecimentos da equipe de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2006. Vol. 18, no. 2, p. 143–147. DOI 10.1590/S0103-507X2006000200007.

APÊNDICE

APÊNDICE I

Entrevista

Eu, Ana Rita Ribeiro de Azevedo, enfermeira no serviço de ortopedia, venho por este meio solicitar a sua colaboração no sentido de responder às perguntas desta entrevista.

A finalidade deste instrumento é colher dados para a realização de um estudo denominado: “Paragem Cardiorrespiratória no Serviço de Ortopedia” que tem como objetivo geral: Perceber quais as experiências dos enfermeiros, do serviço de Ortopedia de um Hospital Central da zona norte, na intervenção face à pessoa em paragem cardiorrespiratória.

Desde já agradeço a participação no estudo.

Identificação e Currículo Profissional

Idade: _____ **Estado Civil:** _____ **Sexo** _____

Anos de Profissão como Enfermeiro: _____

Anos de profissão como Enfermeiro no serviço de Ortopedia: _____

Grau Académico:

Grau	Nome	Ano de conclusão
Licenciatura		
Pós-Graduação		
Especialização		
Mestrado		
Doutoramento		

Tem formação na área do doente crítico? Sim _____ Não _____

Tem formação em SBV? Sim _____ Não _____ Ano _____

Tem Formação em SAV? Sim _____ Não _____ Ano _____

Entrevista

- Quantas situações de PCR ocorrem, em média, no serviço onde trabalha, num ano? E esteve presente em alguma nos últimos dois anos?
- Pense numa situação de PCR de um doente, que tenha vivido na sua prática profissional, no serviço de ortopedia, conte como decorreu a atuação;
- Que competências teve de mobilizar para atuar nesta situação?
- Na sua opinião quais os fatores dificultadores e potenciadores na intervenção na equipa de enfermagem, face à pessoa em situação de PCR?
- Que aspetos contribuem, na sua opinião, para a sua atuação ser eficaz perante um doente em PCR?

APÊNDICE II

Declaração de Consentimento

Considerando as recomendações da “Declaração de Helsínquia” 1964; (Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação do Estudo

“A Paragem Cardiorrespiratória no Serviço de Ortopedia”

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) _____

Tomei conhecimento de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia do objetivo e finalidade do estudo de investigação e da forma como vou participar no referido estudo, a ser realizado por Ana Rita Ribeiro de Azevedo, que se encontra a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo. Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Foi-me solicitado, ainda, a autorização para a gravação em áudio da entrevista a realizar.

Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a qualquer momento a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Assim, declaro que consinto participar no presente estudo de investigação e que me seja aplicado o método proposto pela investigadora.

Data: ____/____/2015

Assinatura do participante: _____

O investigador responsável:

Nome: Ana Rita Ribeiro de Azevedo

Assinatura: _____

APÊNDICE III

Frequência média de PCR num ano

E1	uma
E2	cinco
E3	Duas ou três
E4	três
E5	Dez a quinze
E6	Vinte a vinte e cinco
E7	oito
E8	dez
E9	Sete ou oito

Área Temática 1: Fases de atuação face a pessoa com PCR

Categoria	U.A
------------------	------------

<p>Deteção da situação da PCR</p>	<p>“(…) foi detetado que o doente estava em paragem cardiorrespiratória (…)” E1</p> <p>“(…) foi detetada a paragem (…)” E2</p> <p>“(…) o Sr. A foi encontrado já em paragem cardiorrespiratória na cama (…)” E3</p> <p>“(…) tínhamos estado em contacto com essa doente em questão à cinco minutos antes da paragem ter ocorrido, pronto, tivemos de nos ausentar do quarto e quando voltamos a senhora encontrava-se em paragem (…)” E4</p> <p>“(…) era uma doente que após a ceia, estava a comer, engasgou-se, ela estava com a auxiliar, ela chamou-nos, chegamos lá, não estava em paragem ainda, mas tentamos aspirar e num sei quê, entretanto, entrou em paragem cardiorrespiratória (…)” E5</p> <p>“(…) foi de um doente que foi encontrado inconsciente de imediato avaliamos os três passos, o VOS (ver, ouvir e sentir) o doente estava em paragem (…)” E6</p> <p>“(…) o doente foi encontrado em paragem respiratória, o alerta foi dado por uma auxiliar (…)” E7</p> <p>“(…) foi um doente idoso, e teve um evento crítico (…) Uma paragem cardiorrespiratória (…)” E8</p> <p>“(…)Eu entrei no quarto do doente, o doente foi encontrado em paragem cardiorrespiratória, tentei ver o estado de consciência do doente, o doente não respondia (…)” E9</p>
<p>Manobras de Reanimação</p>	<p>“(…) começaram-se as manobras do suporte básico de vida (…) Enquanto uns faziam as manobras outros tentavam também arranjar acessos, visualizar acessos, (…)” E1</p> <p>“(…), foi administrada a medicação, continuou-se sempre com as manobras de SBV (…)” E1</p>

	<p>“(...) iniciaram-se as manobras (...)” E2</p> <p>“(...) iniciamos as compressões enquanto não vinha o plano duro, e não vinha o carrinho de emergência (...)” E3</p> <p>“(...) que fiz as compressões, sem paragem até que a colega conseguiu montar o ambu, e pronto, e ficar ela com essa responsabilidade (...) não posso precisar, que medicação é que foi administrada, mas ainda ficamos lá, à volta do doente, à vontade, para aí uns vinte minutos/ vinte e cinco minutos. Pronto, sempre a fazer compressões, ambuzar, compressões, ambuzar, arranjam-lhe um acesso, fez gasometria (...)” E3</p> <p>“(...) iniciamos manobras de suporte básico de vida (...)” E4</p> <p>“(...) começamos a atuar de imediato, carro de emergência, manobras, fizemos manobras (...)” E5</p> <p>“(...) fomos buscar o carro de emergência, um colega começou as manobras, eu fiquei com o ambu na ventilação, permeabilizei a via aérea (...)” E6</p> <p>“(...) imediatamente então foram iniciadas as manobras, não é, o normal, fomos buscar o carro de urgência, o monitor, iniciamos então as manobras, não foi nada respiratória foi (uma paragem) cardiorrespiratória, iniciamos então as manobras de suporte básico de vida conforme manda o algoritmo (...)” E7</p> <p>“(...) iniciamos manobras de reanimação nessa altura segundo o algoritmo do suporte básico de vida e entretanto chegou a equipa de reanimação (...) Eu fiz as compressões cardíacas externas, depois trocamos para fazer as insuflações a colega da equipa de reanimação, da equipa de reanimação, tomou conta da medicação para administrar e o médico teve, no fundo coordenava e indicava a medicação a administrar (...)” E8</p>
--	--

		“(…), trouxemos logo o carro de emergência e pedi, entretanto, viemos em direção ao doente (...). Iniciamos, fomos para o quarto, iniciamos manobras do suporte básico. Entretanto chegou a emergência, tomou conta da ocorrência e nós colaboramos com a equipa de emergência.” E9
Contacto com a equipa de Emergência		“(…) foi ativado o número da emergência (...)” E1 “(…) entretanto foi chamada a equipa de emergência (...)” E2 “(…) ligou-se para o 44112 (...)” E3 “(…) chamamos a equipa de emergência (...)” E4 “(…) chamamos a emergência (...)” E5 “(…) ativamos a emergência (...)” E6 “(…) foi acionada a também emergência médica, que depois veio, obviamente observar o doente (...)” E7 “(…) foi acionada a emergência interna (...)” E8 “(…)fui pedir ajuda, entretanto como eu chamava, chama e pronto, não vinha ninguém, porque o estado de alguém ouvir era muito longe, não é, não ouviam, então tive de ir pedir ajuda, fui pedir ajuda (...) pedi para chamar o 44112 (...)” E9
Recuperação e Encaminhamento		“(…) entretanto o doente recuperou porque devia ter sido provavelmente, só uma paragem respiratória (...) e o doente depois desceu para fazer TAC (...)” E6

	“(…) o doente recuperou após, para aí, um ou dois minutos de manobras de suporte básico de vida e depois deu-se a abordagem normal de avaliação do doente em paragem.” E7
Tomada de Decisão sobre Reanimação	<p>“(…) não se investiu no doente.” E2</p> <p>“(…) até que realmente o doente não tinha pulso e tivemos mesmo que parar, não era para investir. Pronto foi uma situação complicada, e acabamos por perder esse doente.” E3</p> <p>“(…) já tinha um prognóstico reservado (…) pronto fizemos na mesma as manobras de suporte básico, mas mal a equipa de emergência chegou optou-se por não se fazer nada.” E4</p> <p>“(…) Como era um doente idoso também, fizemos três ciclos de compressões/insuflações e depois paramos, porque de facto tinha muitas comorbilidades e pelos vistos não valia a pena investir em suporte avançado de vida. Foi um óbito.” E8</p>
Verificação do óbito	<p>“(…) mas o doente não sobreviveu (...)” E1</p> <p>—“(…) decorria sei lá, meia hora ou mais, e não foi com sucesso a paragem.” E5</p>

Área Temática 2: Competências Mobilizadas pelos Enfermeiros numa Situação de PCR

Categoria	U.A
Competências Técnico-científicas	<p>“(…) para além das competências e dos conhecimentos (…)” E1</p> <p>“(…) ter a capacidade de detetar sinais e agir atempadamente (…)” E2</p> <p>“(…) temos de ter conhecimento para saber reconhecer a situação de paragem cardiorrespiratória, como é obvio, e após reconhece-la agir.” E3</p> <p>“(…), uma pessoa tem sempre que chamar um pouco pelo treino que tem (…)” E4</p> <p>“(…), temos todos formação em suporte básico de vida todos os anos, inclusivamente formações que se tem sobre como atuar em situações de emergência (…)” E4</p> <p>“(…) na altura reconhecer que a senhora ia entrar numa situação de emergência atuar o mais rapidamente possível (…)”</p> <p>E5 “(…) conhecimentos técnicos práticos (…) uma pessoa à partida sabe o algoritmo de suporte básico de vida (…)” E5</p> <p>“Todos os conhecimentos em urgência e emergência, competências técnicas (…)” E6</p> <p>“Além claro da competência técnica (…)” E7</p> <p>“Sobretudo competências técnicas, competências de atuação rápida, mais no campo da reanimação, portanto todas as técnicas inerentes a esta situação (…)” E8</p>

	<p>“(…) também a atuação ser o mais rápida possível nestas situações.” E8</p> <p>“Avaliar a situação do doente se estava consciente ou não, se era necessário naquele momento por em posição lateral de segurança, se fosse o caso pedir ajuda.” E9</p>
Capacidade de decisão para a ação	<p>“(…) ter a capacidade de pensar rápido (…)” E3</p> <p>“(…) a capacidade de pensar-agir é o que se, pronto, é o que na prática temos realmente que ter, é uma competência que realmente é necessária, é quase obrigatória e é inata (…)” E3</p> <p>“(…) temos que ter a capacidade em ser objetivos, e sermos bastante práticos, baseando-nos naquilo que é fundamental, naquilo que é o mais prioritário (…)” E3</p> <p>“(…)temos de gerir as prioridades (…)” E3</p>
Capacidade de controlo de emoções	<p>“(…) tentar relaxar dentro da adrenalina toda do caso (…)” E1</p> <p>“(…) pronto uma pessoa tem sempre de tentar manter a mente fria, evitar ceder ao stresse do momento (…)” E4</p>

	<p>“(…) uma pessoa tem de se manter calma (…) manter calma para realmente fazer as coisas direitinhas, acertadas.” E5</p> <p>“(…) competências (…) psicológicas, sociais, o stress, aquela ansiedade (…)” E6</p> <p>“(…) nós temos que manter a calma e tentar perceber o que é que nós temos direitinho para fazer (…)” E7</p> <p>“(…) acho que a competência emocional, em que nós temos de manter a calma e manter o discernimento para atuar.” E7</p>
Capacidade Física	<p>“(…) agilidade (…)” E1</p> <p>“(…) temos que ter alguma preparação física para isso (…)” E3</p>
Competências Comunicacionais	<p>“(…) uma comunicação eficaz, em pouco dizer muito (…)” E1</p> <p>“(…) também competências comunicacionais, portanto para, otimizar a comunicação rápida e sem ‘ruído’ à volta, de forma a que a mensagem passe de uma forma eficaz(…)” E8</p>
Capacidade de Liderança	<p>“(…) também de líder, porque no fundo estava na via aérea e o colega que estava comigo era mais novo, não tinha tanta experiencia(…)” E6</p>

Área Temática 3: Fatores Dificultadores na Intervenção da Equipa de Enfermagem face às Situações de PCR

Categoria	U.A
Inexperiência na prática de RCP	<p>“(…) falta de prática (…) ocorrendo poucos casos, pouco se pratica, e não estamos com tanta destreza (…)” E1</p> <p>“(…) também a inexperiência (…) não decorrer com frequência no serviço e uma pessoa não estar tão familiarizada, não ter tanta destreza para agir (…)” E2</p> <p>“(…) [a necessidade de] treino também porque o facto de uma pessoa não vivenciar estas situações muitas vezes, como é o caso do serviço onde nos encontramos, faz com que uma pessoa não se sinta à vontade(…)” E4</p> <p>“(…) talvez a falta de conhecimentos, às vezes nem é a falta de conhecimento, às vezes temos conhecimento teórico (… mas depois na prática que é uma situação que não é vivida assim todos os dias *as vezes não sabem como se calhar atuar ou não sabem atuar de forma eficaz (…)” E5</p> <p>“(…) a falta de conhecimento ou destreza, a falta também de destreza.” E5</p> <p>“(…) não temos muitas paragens felizmente e as pessoas também não estão tecnicamente preparadas (…)” E6</p> <p>“(…) as vezes também é difícil reconhecer que o doente está na eminência de parar com a inexperiência de alguns enfermeiros.” E6</p> <p>“É a parte do conhecimento e a parte da experiencia prática/ clinica que se subentende que seja prática, porque nem toda a gente tem e conciliar essas situações pode não ser muito fácil.” E7</p> <p>“(…) a pouca experiência que temos aqui no serviço(…) E9</p>

Articulação das Equipas	“(…) estas situações acabam sempre por ser muito complexas, muito confusas e a articulação entre as várias equipas às vezes pode não correr da melhor maneira (…)” E7
Défi ce de Rá cio Enfermeiro - Doente	“(…) o número insuficiente de enfermeiros, para o número de doentes e às vezes não há a vigilância devida(…)” E2
Utilização do carro de emergência	“(…)tirar material rápido do carrinho para mim, eu penso que seja uma situação que dificulte, porque se eu vou abrir o carrinho e pedem um determinado, uma determinada cânula ou um determinado material e eu não sei exatamente em que gaveta é que ele está, ter que as abrir a todas e procurar isso pode demorar tempo, e posso precisar da ajuda da colega (…)” E3
Gestão do stress	“(…)com o facto de ter uma pessoa em paragem aqui à frente pode, pronto, por uma pessoa num bloqueio mental, a pessoa pode acabar por morrer, o profissional nessas circunstâncias pode ceder um pouco ao stress e não pensar corretamente no que fazer(…)” E4
Dilema ético	<p>“Neste contexto de serviço será sobretudo saber efetivamente aquelas que têm indicação para suporte avançado de vida e as que não.” E8</p> <p>“Há ali algumas zonas cinzentas sempre, que sobretudo, será na questão de ativação do suporte avançado de vida, acho que é um fator dificultador, não é, porque, é um fator dificultador para sabermos definir e ser criteriosos nessa situação.” E8</p>
Estrutura física	“(…) a estrutura física não nos permite pedir ajuda logo numa fase imediata (…)” E9

Área Temática 4: Fatores potenciadores na intervenção da equipa de enfermagem face às situações de PCR

Categoria	U.A
Formação	<p>“(…) Quanto mais formação (…) a formação é sempre um ponto positivo (…)” E3</p> <p>“(…) e a teoria muito presente, (…) uma pessoa sabendo bem o que fazer, facilita, digamos assim, a cadeia de acontecimentos (…)” E4</p> <p>“(…) o facto de uma equipa ser mais jovem geralmente têm conhecimentos mais atualizados (…)” E5</p> <p>“Os potenciadores, é a formação (…)” E6</p> <p>“Provavelmente haver formação nesta área, alertar os profissionais de saúde, não só os enfermeiros, mas também as auxiliares de ação médica é essencial (…) a experiencia vai-se adquirindo.” E9</p> <p>“Sobretudo uma questão da formação continua que vamos tendo, da reciclagem constante dos conhecimentos (…)” E8</p> <p>“(…) existem serviços que não têm assim um grande número de paragens cardiorrespiratórias e se não fosse eventualmente até a reciclagem constante, a formação haviam colegas que não tinham forma de treino efetivo nestas situações(…)” E8</p> <p>“(…) havíamos de ter uma formação (…)” E9</p>

	<p>“(…) fazer um tempo lá para a unidade de emergência ou assim, para vivermos essas experiencias, porque nós às vezes o que damos numa formação, na prática não é a mesma coisa, fazer a formação e ter a prática, a própria experiência.” E9</p>
Experiência em situações de PCR	<p>“(…) Quanto mais abirmos este carrinho isto potencia a nossa experiência (…) os nossos conhecimentos (…)” E3</p> <p>“(…) acho que a experiencia em si e a quantidade de vezes que isso acontece em que precisamos das coisas, é que realmente, pronto chegamos à conclusão que é pela experiencia que conseguimos retirar os conhecimentos.” E3</p> <p>“(…), o facto de uma pessoa ter bastante treino pode, pronto e vivenciar estas situações de vez em quando, facilita, a intervenção (…)” E4</p> <p>“(…) os potenciadores são o próprio treino que uma pessoa tem (…)” E4</p> <p>“(…) uma equipa também mais experiente nesses contextos também geralmente ajuda.” E5</p> <p>“(…) e a vivência da maior parte das paragens, quando nós, eu pessoalmente sempre que há uma paragem vou, aprende-se sempre coisas novas.” E6</p> <p>“(…) e a parte da experiência prática / clínica(…)” E7</p>
Gestão de Stress	<p>“(…)manter a frieza (…) tentar não entrar em stress (…)” E1</p>
Trabalho em Equipa	<p>“(…) é trabalhar em equipa (…)” E1</p> <p>“O que ajuda é o trabalho em equipa, é haver colaboração e todos trabalharem e agirem de maneira que se possa reverter a situação atempadamente.” E2</p>

Concentração	“(…) a concentração (…)” E1
Rácio Enfermeiro – Doente	“(…) ter uma equipa com o número de elementos suficientes, tanto de enfermagem como da restante equipa(…)” E2
Estrutura Organizacional	“(…) equipas multidisciplinares disponíveis (…)” E1 “(…) no fundo é a organização como, a forma como isto está organizado, em termos de haver uma equipa afeta só a estas situações isso ajuda bastante (…)” E8 “(…) numa situação de paragem cardiorrespiratória a forma como a equipa de reanimação está organizada e a forma como chega rapidamente ao serviço é um meio potenciador do sucesso destas situações de reanimação.” E8

Área Temática 5: Aspetos que contribuem para uma atuação eficaz perante uma situação de PCR

Categoria	U.A
Conhecimento	“(…) claro ter conhecimentos (…)” E1 “(…) os conhecimentos que tenho sobre a situação (…)” E3 “(…) a competência, pronto, a nível dos conhecimentos (…)” E3

	<p>“(...) a quantidade de vezes que já estive perante um doente em paragem cardiorrespiratória também me ajuda, isso dá-me outro tipo de bagagem que a formação pode não me dar, o estar perante situações isso traz me outro tipo de experiencias (...)” E3</p> <p>“(...) uma pessoa saber, concretamente, pronto, saber ao certo, sem entraves, o que deve fazer corretamente os passos das manobras de suporte básico, saber as cadeias, o que fazer primeiro, o que fazer a seguir, acho que ajuda a ter uma atuação mais eficaz (...)” E4</p> <p>“É a parte do conhecimento (...)” E7</p>
Treino	<p>“(...) a destreza (...) e prática (...)” E1</p> <p>“O treino.” E7</p>
Comunicação	<p>“(...) uma boa comunicação, quer entre equipa quer para a emergência(...)” E1</p>
Saber agir	<p>“Detecção precoce (...)” E1</p> <p>“(...) ser rápido, rápido, mas preciso (...)” E1</p> <p>“(...) detetar atempadamente a situação de paragem ou pré-paragem (...)” E2</p> <p>“(...) agir em tempo útil (...)” E2</p>

		<p>(...) a nível da atitude de ver-agir-fazer, e pronto é a agilidade com que nós fazemos as coisas e iniciamos a manobra (...)” E3</p> <p>“Reconhecer realmente os sinais, e agir o mais rapidamente possível e de forma eficaz, penso que isto levará a que uma paragem reverta, que seja uma manobra eficaz (...)” E5</p> <p>“Primeiro a deteção da paragem depois chamar ajuda diferenciada e atua de imediato, parece-me que são estes três os fatores mais importantes.” E6</p>
Disponibilidade materiais	de	“(...) ter materiais disponíveis (...) mas ter os materiais todos disponíveis (...)” E1